

# **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA**

(L.R.T. 24/02/2005 , n.40)

## **Deliberazione del Direttore Generale**

**Struttura organizzativa proponente: U.O. Controllo di Gestione**

**Responsabile del procedimento: Dott. Alberto Porcaro**  
(Documento Firmato Digitalmente)

Il Dirigente Dr. **Dott.ssa Gabriella Pellegrini**  
(Documento Firmato Digitalmente)

**OGGETTO: Presa Atto Schede di Budget anno 2016.**

### **IL DIRETTORE**

### ***IL DIRETTORE DELLA U.O. CONTROLLO DI GESTIONE***

Visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n° 502 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la L.R.T. 24 febbraio 2005 n° 40 e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare l'articolo 126 "Sistema budgetario";

Tenuto conto del DPCM n. 319 del 31 maggio 2001;

Richiamata la procedura aziendale PA 02 Rev. 004 del 28/12/2015 "Negoziazione e Monitoraggio del Budeget dei Dai e delle Strutture Semplici e Complesse Afferenti ai diversi Dipartimenti";

Vista la DGRT 208 del 16/03/16 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale e ai direttori per la programmazione di area vasta ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2016."

Vista la Nota della Regione Toscana prot. AOOGR/0112975/2016-3-29 del 19 marzo 2016 con la quale vengono fornite alle Aziende sanitarie le indicazioni per la redazione del Bilancio di previsione 2016;

Preso atto del nuovo assetto organizzativo dell'azienda definito con delibera n. 228 del 1 marzo 2016 e delibera n. 632 del 8 luglio 2016;

Vista la delibera del Direttore Generale n° 292 del 21/03/2016 con la quale sono stati nominati i Direttori dei DAI e conseguentemente attribuiti loro i relativi incarichi a decorrere dal 22/03/2016;

Rilevato che a seguito della definizione delle linee guida regionali e dell'assetto organizzativo aziendale (articolazione organizzativa e responsabilità) ad aprile si è avviato il processo di negoziazione di budget;

Valutato che gli obiettivi di budget sono coerenti con il Piano della Performance anno 2016, adottato con delibera 416 del 2016, all' interno del quale sono confluite anche le misure, attività e azioni per la prevenzione e per la mitigazione del rischio corruzione/illegalità e per la trasparenza contenute nel D.V.04 allegato al PTPC 2016-2018;

Considerato che l'Azienda ha incluso all' interno delle proprie linee strategiche anche l' implementazione delle misure contenute nel D.V.04 allegato al PTPC 2016-2018;

Considerato quanto sopra, alcune delle suddette misure sono divenute oggetto di contrattazione di budget e sono state quindi individuate quali specifici obiettivi dell' anno 2016;

Valutato che i suddetti obiettivi, consistenti nelle misure per la prevenzione e per la mitigazione del rischio corruzione/illegalità, andranno a sostituire quelle originariamente previste nel D.V.04 allegato al PTPC 2016-2018;

Preso atto che, a conclusione del processo di cui sopra, sono stati concordati e sottoscritti, nell' ambito dei vari incontri di negoziazione del budget, gli obiettivi di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale del presente Atto;

Rilevato che gli obiettivi di budget, in caso di accertati scostamenti significativi tra risultati programmati e risultati raggiunti in corso d'anno, imputabili a cause diverse dalla gestione delle attività, potranno essere rinegoziati con i Direttori di Dipartimento;

Atteso che è competenza dei Direttori di Dipartimento, di Area e di Struttura garantire l'informazione e la condivisione degli obiettivi di budget con tutto il personale dirigente e del comparto assegnato al Dipartimento ed alla Struttura;

Considerato che gli esiti della valutazione degli obiettivi assegnati (performance organizzativa) unitamente ai risultati delle prestazioni individuali (performance individuale) costituiranno elementi determinanti ai fini dell' attribuzione di risultato e della produttività collettiva;

Dato atto che il presente provvedimento sarà pubblicato sul sito web dell' azienda, sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Performance".

## PROPONE

1. di prendere atto dell'avvenuta sottoscrizione per accettazione delle Schede di Budget per l'anno 2016 da parte dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari e delle singole Strutture Organizzative Complesse e Semplici Autonome, nonché dei Direttori/Dirigenti/Referenti delle Strutture Tecnico- Amministrative di Staff e dei Coordinatori Sanitari (allegate al presente atto a formare parte integrante e sostanziale sotto la lettera A);
2. di prevedere nelle fasi di monitoraggio la verifica per singolo centro di responsabilità del grado di raggiungimento degli obiettivi e delle risorse economiche assegnate;
3. di riservarsi, con successivo Atto, la possibilità di effettuare integrazioni e/o eventuali modifiche degli obiettivi delle schede di cui all' allegato A del presente Atto;

4. di pubblicare il presente provvedimento sul sito web dell' azienda, sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Performance";
5. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo stante la necessità di darne immediata diffusione agli interessati ;
6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale come da normativa vigente.

## IL DIRETTORE GENERALE

Letta e valutata la sopraesposta proposta, presentata dal Direttore dell'U.O. in frontespizio indicata;

Preso atto che il dirigente proponente la presente deliberazione sottoscrivendola attesta che lo stesso, a seguito della istruttoria effettuata, è nella forma e nella sostanza assolutamente utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;

Viste le firme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario attestanti il parere positivo;

## DELIBERA

1. di prendere atto dell'avvenuta sottoscrizione per accettazione delle Schede di Budget per l'anno 2016 da parte dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari e delle singole Strutture Organizzative Complesse e Semplici Autonome, nonché dei Direttori/Dirigenti/Referenti delle Strutture Tecnico- Amministrative di Staff e dei Coordinatori Sanitari (allegate al presente atto a formare parte integrante e sostanziale sotto la lettera A);
2. di prevedere nelle fasi di monitoraggio la verifica per singolo centro di responsabilità del grado di raggiungimento degli obiettivi e delle risorse economiche assegnate;
3. di riservarsi, con successivo Atto, la possibilità di effettuare integrazioni e/o eventuali modifiche degli obiettivi delle schede di cui all' allegato A del presente Atto;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul sito web dell' azienda, sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Performance";
5. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo stante la necessità di darne immediata diffusione agli interessati ;
6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale come da normativa vigente.

**Il Direttore Sanitario**  
**Dr. Fabrizio Gemmi**  
(Documento Firmato Digitalmente)

**Il Direttore Amministrativo**  
**Dr. Carlo Milli**  
(Documento Firmato Digitalmente)

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dr. Carlo Rinaldo Tomassini**  
(Documento Firmato Digitalmente)

DAI: Medicina di Laboratorio - SCHEDE DI BUDGET 2016

data:06/05/2016

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area economia	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi. (1.411,17)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area economia	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (15.112,85)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
	avvio piattaforma consegna diagnostici	consegna dei diagnostici alla piattaforma	a regime a settembre	dipartimentale	tutte le strutture	15	
area laboratorio	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD (fonte: report Rischio clinico)	>= standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area gestionale	compilazione da parte dei professionisti e validazione da parte del direttore DAI delle analisi di costo di 150 prestazioni ambulatoriali individuate entro il 30/09/16	completa compilazione del format analisi di costo per ciascuna prestazione assegnata alle strutture componenti il DAI (fonte: CdG)	acquisizione entro il 30/9/16 dei 150 format compilati e validati dal Direttore DAI	dipartimentale	tutte le strutture	20	
area gestionale	ISO 9000 DAI Laboratorio	adozione cronoprogramma e rispetto dello stesso	90%	dipartimentale	tutte le strutture	5	
area gestionale	In relazione ai protocolli e al decreto ministro della salute del 9/12/2015 sull'appropriatezza prescrittiva, elaborazione da parte di ciascuna UO, con il coinvolgimento delle strutture richiedenti, dei percorsi per la gestione degli esami al fine di conformarli alle predette indicazioni, nonché analisi delle tipologie di esami il cui volume nel 2015 non supera le 50 prestazioni totali annue, in termini di UO richiedente e di ragioni fondanti la richiesta al fine di valutare l'opportunità di mantenerne la produzione	- produzione relazione da inviarsi al direttore del DAI di Laboratorio; *- completezza della relazione comprensiva di criteri di verificabilità del rispetto del percorso di appropriatezza prescrittiva; - diffusione alle UU.OO. Richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate; (fonte: report direttore DAI Medicina di Laboratorio)	- validazione della relazione entro il 30/10 da parte del direttore DAI di Medicina di Laboratorio e della Direzione Sanitaria; *- diffusione alle UU.OO. richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate entro il 31/12;	dipartimentale	tutte le strutture	20	
						100	

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modifica/integrazione

area gestionale	Adozione tecniche PBM del sangue	CONVOCARE E GESTIRE 4 RIUNIONI NELL' ANNO SUL PBM COINVOLGENDO LE STRUTTURE INTERESSATE	Relazione della U.O. Medicina Trasfusionale attestante l' avvenuta partecipazione alle 4 riunioni annuali e le conclusioni raggiunte.	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	U.O. Medicina Trasfusionale		
-----------------	----------------------------------	---	---	---	-----------------------------	--	--

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore DAI Prof. Romano Danesi

DAI Cardioracovascolare - SCHEDA DI BUDGET 2016

data: 16/05/2016

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area economico	rispetto DAT programmato 2016 (2.719,15)	costo DAT 2016 vs DAT programmato	costo DAT 2016 = DAT programmato				
area economico	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi (al netto DAT) (12.479,29)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area economico	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (98,53)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area economico	tetto farmaci DEGENZA (netto AB e farmaci per ambulatorio) -5% (805,86) del consumato 2015 mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri	costo farmaci 2016 vs tetto: -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area economico	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale = flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area perobolale	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	SOD cardio-angiologia Univ SOD cardiocirurgia Univ UO cardiologia 1 Univ UO cardiologia 2 SSN UO chirurgia toracica Univ UO chirurgia vascolare Univ UO pneumologia Univ SOD endoscopia toracica SSN	7	
area perobolale	Ricoveri Ordinari: riduzione casi di bassa specialità su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	% n° di casi di bassa specialità pazienti fuori zona pisana regionali rispetto al tot produzione bassa specialità 2016 (fonte: report CdG su flusso SDO)	% n° 2016 < % n° 2015	attribuzione peso al DAI e penalizzazione alle seguenti strutture in funzione del mancato o parziale raggiungimento: attribuzione peso al DAI e penalizzazione alle seguenti strutture in funzione del mancato o parziale raggiungimento:	UO cardiologia 1 Univ UO cardiologia 2 SSN UO chirurgia toracica Univ UO chirurgia vascolare Univ	10	
area perobolale	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	≥ standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	8	
area perobolale	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accredimento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area perobolale	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	SOD cardio-angiologia Univ SOD cardiocirurgia Univ SOD laboratorio di emodinamica SSN UO chirurgia toracica Univ UO chirurgia vascolare Univ	10	
area perobolale	Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	frequenza di utilizzo gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO) dalle 18 alle 8 (fonte report ISAP)	utilizzo sistematico del gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO)	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	SOD cardio-angiologia Univ UO cardiologia 1 Univ UO cardiologia 2 SSN UO pneumologia Univ	5	

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modifica/integrazione

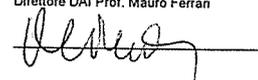
100

area qualità delle cure	certificazione delle competenze relativamente ai Drenaggi toracici/certificazione delle competenze relativamente ai Drenaggi toracici	n° certificati acquisiti su n° medici in dotazione alle UU.OO. specificate (fonte Formazione) n° certificati acquisiti su n° medici in dotazione alle UU.OO. specificate (fonte Formazione)	80% con acquisita certificazione	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	UO pneumologia Univ
area qualità delle cure	Adozione tecniche PBM del sangue	Individuazione e nomina di un referente per U.O. da comunicare alla U.O. Medicina Trasfusionale entro Giugno. Effettuazione e partecipazione a 4 riunioni sul PBM nell'anno.	Relazione della U.O. Medicina Trasfusionale attestante l'avvenuta partecipazione alle 4 riunioni annuali.	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	SOD cardiocirurgia Univ UO chirurgia vascolare Univ

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore DAI Prof. Mauro Ferrari



DAI: DEA BUDGET 2016

data:09/05/2016

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi (6.967,7)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (33,27)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici	dipartimentale	tutte le strutture	10
area economica	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 ridotto del 5% (1.587,52), mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri	costo farmaci 2016 vs tetto: -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10
area economica	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	strutture che registrano i flussi FED	5
area Esternale	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	UO Chirurgia di urgenza Univ UO Geriatria UO Chirurgia Maxillo Facciale SSN UO Medicina IV SSN UO Medicina V SSN UO Medicina di urgenza e di pronto soccorso SSN UO Medicina di urgenza Univ UO Ortopedia e Traumatologia 2 Univ SOD Ortopedia e traumatologia SSN UO Ortopedia e traumatologia 1 Univ UO Centro ustioni SSN SOD Riabilitazione ortopedica SSN	5
area qualità delle cure	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accrediatamento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10
area qualità delle cure	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	>= standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10

DAI: DEA BUDGET 2016

data:09/05/2016

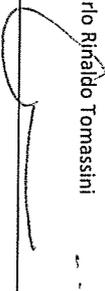
Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso
area gestionale della cura	completa e corretta compilazione della <b>check list chirurgica</b>	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Chirurgia di urgenza Univ UO Chirurgia Maxillo Facciale SSN UO Ortopedia e Traumatologia 2 Univ SOD Ortopedia e traumatologia SSN UO Ortopedia e traumatologia 1 Univ UO Centro ustioni SSN	7
area gestionale	Ricoveri Ordinari: riduzione casi di <b>bassa specialità</b> su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	% n° di casi di bassa specialità pazienti fuori zona pisana regionali rispetto al tot produzione bassa specialità 2016 (fonte: report Cdg sul flusso SDO)	% n° 2016 < % n° 2015	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Chirurgia di urgenza Univ(solo elezione) UO Chirurgia Maxillo Facciale SSN UO Ortopedia e Traumatologia 2 Univ SOD Ortopedia e Traumatologia SSN UO Ortopedia e traumatologia 1 Univ	8
area gestionale	Adesione alla sperimentazione area delle dimissioni per almeno 1 paziente al giorno dal lunedì al sabato UU.OO. Geriatria, Medicina 5°, Medicina D'Urgenza e Medicina d'urgenza e pronto soccorso	n° dimissioni giornaliere per U.O. dal 24 marzo al 4 settembre (fonte report ISAP)	almeno 140 dimissioni per U.O. nel periodo 24 marzo - 4 settembre	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Geriatria UO Medicina V SSN UO Medicina di urgenza e di pronto soccorso SSN UO Medicina di urgenza Univ	5
area gestionale	Indicatori tempi di attesa: 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;	confronto valore 2016 rispetto al valore attesi dal MIES	valori 2016 attesi MIES: 1) 75%; 2) 75%; 3) 87%; 4) 94%;	dipartimentale	tutte le strutture	5
area gestionale	Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	frequenza di utilizzo gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO) dalle 18 alle 8 (fonte report ISAP)	utilizzo sistematico del gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO)	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente	UO Geriatria UO Medicina IV SSN UO Medicina V SSN UO Medicina di urgenza e di pronto soccorso SSN UO Medicina di urgenza Univ	5
						100

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso
impegni relativi all'area della qualità delle cure						

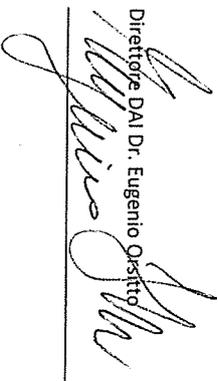
Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso					
							acquisizione/aggiornamento del certificato BLS-D da parte dei medici	n° certificati/aggiornamenti acquisiti su n° medici in dotazione alle UU.OO specificate (fonte Formazione)	80% con acquisita certificazione/aggiornamento	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento di x % su singola struttura interessata	UO Geriatria (10%) UO Medicina IV SSN (10%) UO Medicina V SSN (10%) UO Medicina di urgenza e di pronto soccorso SSN (5%) UO Medicina di urgenza Univ (10%)
							certificazione delle competenze relativamente ai Drenaggi toracici	n° certificati acquisiti su n° medici in dotazione alle UU.OO specificate (fonte Formazione)	60% con acquisita certificazione	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 5% su singola struttura interessata	UO Medicina di urgenza e di pronto soccorso SSN
	certificazione competenza in materia di endoscopia in urgenza	n° certificati acquisiti su n° medici in dotazione alle UU.OO specificate (fonte Formazione)	100%	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	UO Chirurgia di urgenza Univ						

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modificati/Integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore DAI Dr. Eugenio Oreste



1/2

DAI Anestesia e Rianimazione - SCHEDA DI BUDGET 2016

data: 16/05/2016

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi. (1.452,34)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015				
area economica	rispetto DAT programmato 2016 (1.467,18)	costo DAT 2016 vs DAT programmato 2016 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo DAT 2016 = DAT programmato	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (93,27)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area economica	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/accessi	- costo farmaci 2016 vs tetto; *- valore farmaci/valore ricoveri (fonte report CdG)	-costo farmaci 2016 ≤ costo farmaci 2015; *-valore farmaci/accessi 2016 ≤ valore farmaci/accessi 2015	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area qualità delle cure	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	≥ standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	L'obiettivo non include la modalità di invio, e comunque il materiale può essere inviato anche per e-mail o in cartaceo se la piattaforma informatica non funziona
area qualità delle cure	Appropriatezza delle Terapie Intensive: riduzione delle spese in correlazione corretto utilizzo	1. Riduzione ricoveri inappropriati di pz post-chirurgici	1. pz post ch inapp 2016<2015	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	dipartimentale	10	
area qualità delle cure		2. Istituzione di un gruppo di studio sull'appropriatezza di uso delle procedure di emofiltrazione (Dispositivi Medici Classe F – Dispositivi per dialisi)	2. Realizzazione Protocollo Dipartimentale			20	
area economica	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	tutte le strutture*	10	*applicabile solo alla terapia del dolore
	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	penalizzazione su singola struttura interessata	tutte le strutture	10	
area gestionale	Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	frequenza di utilizzo gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO) dalle 18 alle 8 (fonte report ISAP)	utilizzo sistematico* del gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO)	dipartimentale	tutte le strutture	10	Almeno 20 giorni/mese
area qualità delle cure	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accreditamento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	dipartimentale	tutte le strutture	10	

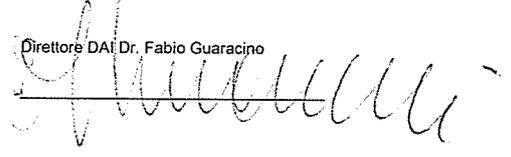
Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
	Adozione tecniche PBM del sangue	Individuazione e nomina di un referente per U.O. da comunicare alla U.O. Medicina Trasfusionale entro <u>Agosto</u> . Effettuazione e partecipazione a 4 riunioni sul PBM nell' anno (2 a semestre).	Relazione della U.O. Medicina Trasfusionale attestante l' avvenuta partecipazione alle 4 riunioni annuali.	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	tutte le strutture		

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modificati/integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore DAI Dr. Fabio Guaracino



In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modifica/integrazione

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area amministrativa	rispetto DAT programmato 2016 (211)	costo DAT 2016 vs DAT programmato 2016 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo DAT 2016 = DAT programmato				
area amministrativa	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi nettoDAT (6.271,47)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area amministrativa	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (80,46)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area amministrativa	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 ridotto del 5%, mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri (1876,54)	costo farmaci 2016 vs tetto; -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area amministrativa	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	strutture che registrano i flussi FED	10	
area nazionale	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	UO Chirurgia generale SSN SOD Chirurgia generale Univ UO Chirurgia epatica e del trapianto di fegato Univ UO Chirurgia generale e dei trapianti Univ UO Chirurgia bariatrica SSN UO Chirurgia dell'esofago SSN SOD chirurgia proctologica e perineale SSN UO Endocrinochirurgia Univ SOD Endocrinologia e metabolismo dei trapianti d'organo e cellulari Univ UO Gastroenterologia e malattie del ricambio SSN UO Gastroenterologia Univ	5	<i>l'ultimo DRG si è impegnato a modificare le procedure sulle chiusure SDO per consentire di report di poter modifi direttamente la SDO</i>
area audit di qualità	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accreditamento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area nazionale	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	>= standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area nazionale	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Chirurgia generale SSN SOD Chirurgia generale Univ UO Chirurgia epatica e del trapianto di fegato Univ UO Chirurgia generale e dei trapianti Univ UO Chirurgia bariatrica SSN UO Chirurgia dell'esofago SSN SOD chirurgia proctologica e perineale SSN UO Endocrinochirurgia Univ	10	
area nazionale	Ricoveri Ordinari: riduzione casi di bassa specialità su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	% n° di casi di bassa specialità pazienti fuori zona pisana regionali rispetto al tot produzione bassa specialità 2016 (fonte: report CdG su flusso SDO)	% n° 2016 < % n° 2015	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Chirurgia generale SSN SOD Chirurgia generale Univ UO Chirurgia epatica e del trapianto di fegato Univ UO Chirurgia generale e dei trapianti Univ UO Chirurgia bariatrica SSN UO Chirurgia dell'esofago SSN SOD chirurgia proctologica e perineale SSN	10	
area gestionale	Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	frequenza di utilizzo gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO) dalle 18 alle 8 (fonte report ISAP)	utilizzo sistematico del gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO)	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Gastroenterologia e malattie del ricambio SSN UO Gastroenterologia Univ	5	

100

impegni relativi all'area della qualità delle cure

area amministrativa	certificazione competenza in materia di endoscopie in urgenza	n° certificati acquisiti su n° medici che eseguono endoscopie digestive	80%	10% di penalizzazione sul risultato finale del dipartimento su ogni singola struttura.	UO Chirurgia generale SSN SOD Chirurgia generale Univ UO Chirurgia bariatrica SSN UO Chirurgia dell'esofago SSN SOD chirurgia proctologica e perineale SSN UO Endocrinochirurgia Univ SOD Endocrinologia e metabolismo dei trapianti d'organo e cellulari Univ UO Gastroenterologia e malattie del ricambio SSN UO Gastroenterologia Univ SOD Servizio endoscopico SSN		
---------------------	---	---	-----	--	---	--	--

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modificati/integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore DAI Dr. Piero Buciantini

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi (1.118,1)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (598,04)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area economica	tetto farmaci DEGENZA (netto AB e farmaci per ambulatorio) -5% (1.704,76) del consumato 2015 mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri	costo farmaci 2016 vs tetto; -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area economica	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area gestionale	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	UO senologia SSN UO ematologia Univ UO immunologia Univ UO medicina I Univ UO medicina II Univ UO oncologia 1 SSN UO radioterapia Univ UO reumatologia Univ	5	
area qualità del servizio	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accredimento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area gestionale	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO senologia SSN	5	
area qualità del servizio	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	>= standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	attribuzione peso al DAI ed eventuale penalizzazione alle strutture in funzione del mancato o parziale raggiungimento	dipartimentale	10	
area gestionale	Day-Hospital: riduzione volume ricoveri Oncologia	n° DH 2016 su n° DH 2015	riduzione dell'70%		UO oncologia 1 SSN UO oncologia 2 SSN	5	
area gestionale	attivazione percorsi di fast-track chiusi su first-aid	% pazienti chiusi su first-aid con modalità di trasferimento nelle specialistiche pari a 0 (fonte DMPO)	100%	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO dermatologia Univ	5	
area gestionale	In relazione ai protocolli e al decreto ministro della salute del 9/12/2015 sull'appropriatezza prescrittiva, elaborazione da parte di ciascuna UO, con il coinvolgimento delle strutture richiedenti, dei percorsi per la gestione degli esami al fine di conformarli alle predette indicazioni, nonché analisi delle tipologie di esami il cui volume nel 2015 non supera le 50 prestazioni totali annue, in termini di UO richiedente e di ragioni fondanti la richiesta al fine di valutare l'opportunità di mantenerne la produzione	- produzione relazione da inviarsi al direttore del DAI di Laboratorio; - completezza della relazione comprensiva di criteri di verificabilità del rispetto del percorso di appropriatezza prescrittiva; - diffusione alle UU.OO. Richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate; (fonte: report direttore DAI Medicina di Laboratorio)	- validazione della relazione entro il 30/10 da parte del direttore DAI di Medicina di Laboratorio e della Direzione Sanitaria; - diffusione alle UU.OO. richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate entro il 31/12;	dipartimentale	UO Ematologia Univ UO Immunologia Univ UO oncologia clinica Univ	10	

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modificati/integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore DAI Dr. Mario Petri

N.B. Il valore di un eventuale ristorno dei costi dei dispositivi rispetto al tetto pre fissato è compensabile con una riduzione del valore dei farmaci fino al mantenimento del costo dei dispositivi del 2015.

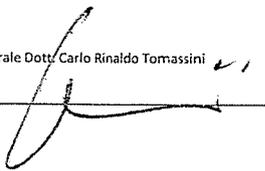
DAI: Diagnostica e immagini - SCHEDA DI BUDGET 2016

data:06/05/2016

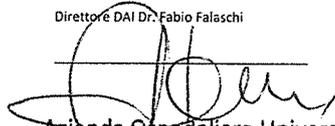
Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area strategica	rispetto DAT programmato 2016 (400)	costo DAT 2016 vs DAT programmato 2016 <i>(fonte report CdG su dati contabilità analitica)</i>	costo DAT 2016 = DAT programmato	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area strategica	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi nettoDAT parametrizzato alla produzione	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 <i>(fonte report CdG su dati contabilità analitica) parametrizzato alla produzione</i>	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015 parametrizzato alla produzione	dipartimentale	tutte le strutture		
area strategica	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (16,75)	costo diagnostici 2016 vs tetto <i>(fonte report CdG su dati contabilità analitica)</i>	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici	dipartimentale	tutte le strutture		
area strategica	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 ridotto del 5%, (144,64) mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri	costo farmaci 2016 vs tetto; -valore ricoveri 2016 su 2015 <i>(fonte report CdG)</i>	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area strategica	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) <i>(fonte report CdG)</i>	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	dipartimentale	tutte le strutture	5	
area strategica	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	>= standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area gestionale	compilazione da parte dei professionisti delle analisi di costo delle prestazioni individuate: 32 entro il 30/09/16 e 40 entro 30/11/16 da validarsi dal direttore DAI	completa compilazione del format analisi di costo per ciascuna prestazione assegnata alle strutture <i>(fonte: CdG)</i>	acquisizione entro il 30/9/16 dei 32 format validati dal direttore DAI compilati ed entro il 30/10/16 degli ulteriori format	dipartimentale	tutte le strutture	20	
area gestionale	realizzazione open acces di secondo livello per ecografie per gli specialisti interni	creazione di agende di prenotazione a scorrimento giornaliero per il periodo di un anno per tutti i settori specialistici individuati e condivisi con la Direzione Aziendale	entro giugno 2016	dipartimentale	tutte le strutture	20	
area gestionale	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD <i>(fonte COSD e Accredimento e qualità)</i>	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	5	
						100	

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modifica/integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore DAI Dr. Fabio Falaschi



Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana  
 Dipartimento di Radiodiagnostica e  
 Radiologia Vascolare ed Interventistica e  
 Medicina Nucleare  
 Direttore Dr Fabio Falaschi

DAI: Specialità Chirurgiche - SCHEDA DI BUDGET 2016

data:04/05/2016

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area economica	rispetto DAT programmato 2016 (963,84)	costo DAT 2016 vs DAT programmato 2016 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo DAT 2016 = DAT programmato				
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi nettoDAT (6935,05)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (10,78)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area economica	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 ridotto del 5%, mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri (619,66)	costo farmaci 2016 vs tetto: -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area economica	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriali vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale = flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	strutture che registrano i flussi FED	10	
area gestionale	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	5	
area qualità delle cure	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accreditamento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area gestionale	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	≥ standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area gestionale	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area gestionale	Ricoveri Ordinari: riduzione casi di bassa specialità su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	% n° di casi di bassa specialità pazienti fuori zona pisana regionali rispetto al tot produzione bassa specialità 2016 (fonte: report CdG su flusso SDO)	% n° 2016 < % n° 2015	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	- UO chirurgia plastica SSN -UO chirurgia della mano SSN -UO neurochirurgia SSN -UO otorinolaringoiatria Univ -UO otorinolaringoiatria audiologia e foniatría Univ -UO urologia 1 - 2 Univ	10	
area gestionale	attivazione percorsi di fast-track chiusi su first-aid a partire da Luglio	% pazienti chiusi su first-aid con modalità di trasferimento nelle specialistiche pari a 0 (fonte DMPO)	100%	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.li in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	-UO otorinolaringoiatria Univ -UO otorinolaringoiatria audiologia e foniatría Univ -UO urologia 1 - 2 Univ	5	

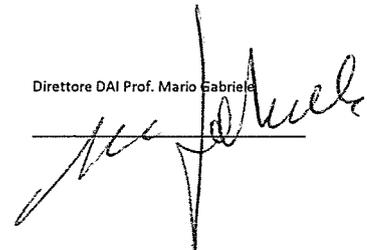
100

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modifica/integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore DAI Prof. Mario Gabriele



Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area prestazioni	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi (1073,04)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area prestazioni	mantenimento tetto 2015 sul consumo diagnostici (178,37)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area prestazioni	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 ridotto del 5%, mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri (937,99)	costo farmaci 2016 vs tetto; -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area prestazioni	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	strutture che registrano i flussi FED	5	
area prestazioni	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO) (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	ove non raggiunto a livello dipartimentale i punti sono assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	UO Ostetricia e ginecologia 2 SSN UO Ostetricia e ginecologia 1 U Univ UO Pediatria 1 Univ UO Neonatologia Univ UO Oncematologia pediatrica SSN	5	
area qualità	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accredramento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area prestazioni	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	≥ standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area prestazioni	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Ostetricia e ginecologia 2 SSN UO Ostetricia e ginecologia 1 U Univ UO Oncematologia pediatrica SSN	10	
area prestazioni	Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	frequenza di utilizzo gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO) dalle 18 alle 8 (fonte report ISAP)	utilizzo sistematico del gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO)	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Ostetricia e ginecologia 2 SSN UO Ostetricia e ginecologia 1 U Univ	10	
area prestazioni	attivazione percorsi di fast-track chiusi su first-aid	% pazienti chiusi su first-aid con modalità di trasferimento nelle specialistiche pari a 0 (fonte DMPO)	100%	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Ostetricia e ginecologia 2 SSN UO Ostetricia e ginecologia 1 U Univ	5	
area prestazioni	Ricoveri Ordinari: riduzione casi di bassa specialità su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana (solo per i ricoveri ginecologici)	% n° di casi di bassa specialità pazienti fuori zona pisana regionali rispetto al tot produzione bassa specialità 2016 (fonte: report CdG su flusso SDO)	% n° 2016 < % n° 2015	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Ostetricia e ginecologia 2 SSN UO Ostetricia e ginecologia 1 U Univ	5	

100

impegni relativi all'area della qualità delle cure

area prestazioni	acquisizione/aggiornamento del certificato BLS/D da parte dei medici	n° certificati/aggiornamenti acquisiti su n° medici in dotazione alle UU.OO. specificate (fonte Formazione)	80% con acquisita certificazione/aggiornamento	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	UO Pediatria 1 Univ
area prestazioni	In relazione ai protocolli e al decreto ministro della salute del 9/12/2015 sull'appropriatezza prescrittiva, elaborazione da parte di ciascuna UO, con il coinvolgimento delle strutture richiedenti, dei percorsi per la gestione degli esami al fine di conformarli alle predette indicazioni, nonché analisi delle tipologie di esami il cui volume nel 2015 non supera le 50 prestazioni totali annue, in termini di UO richiedente e di ragioni fondanti la richiesta al fine di valutare l'opportunità di mantenerne la produzione	- produzione relazione da inviarsi al direttore del DAI di Laboratorio; - completezza della relazione comprensiva di criteri di verificabilità del rispetto del percorso di appropriatezza prescrittiva; - diffusione alle UU.OO. Richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate; (fonte: report direttore DAI Medicina di Laboratorio)	- validazione della relazione entro il 30/10 da parte del direttore DAI di Medicina di Laboratorio e della Direzione Sanitaria; - diffusione alle UU.OO. richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate entro il 31/12;	penalizzazione sul risultato finale del dipartimento del 10% su singola struttura interessata	UO Oncematologia pediatrica SSN

In sede di monitoraggio gli obiettivi potranno essere oggetto di modifica/integrazione

Direttore Generale Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore DAI Prof. Antonio Boldrini

Area Obiettivi	descrizione obiettivi	indicatore	standard	applicazione	UU.OO. Interessate	peso	annotazioni
area economica	mantenimento tetto 2015 sul consumo dispositivi. (1.390,61)	costo dispositivi 2016 vs tetto dispositivi 2015 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo dispositivi 2016 ≤ tetto dispositivi 2015	dipartimentale	tutte le strutture	30	
area economica	rispetto DAT programmato 2016 (105,47)	costo DAT 2016 vs DAT programmato 2016 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo DAT 2016 = DAT programmato				
area economica	mantenimento tetto 2015 (421,69) sul consumo diagnostici (421,69)	costo diagnostici 2016 vs tetto (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	costo diagnostici 2016 ≤ tetto diagnostici				
area economica	consumo farmaci ricoveri (netto AB e farmaci ambulatoriali e tipologie speciali) entro il valore del consumato 2015 ridotto del 5% (1.425,3) mantenendo invariato o ridotto il rapporto consumo farmaci/valore ricoveri	costo farmaci 2016 vs tetto; -valore ricoveri 2016 su 2015 (fonte report CdG)	costo farmaci 2016 ≤ 95% costo farmaci 2015 a parità di valore ricoveri 2016 vs 2015	dipartimentale	tutte le strutture	10	
area economica	corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte report CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	strutture che registrano i flussi FED	5	
area gestionale	Ricoveri Ordinari: chiusura SDO entro 5 giorni	n° SDO chiuse entro 5 gg/n° totali SDO chiuse (il tempo di chiusura è quello intercorrente tra data di dimissione e data di validazione di reparto della SDO (fonte report CdG)	% chiusura SDO nei 5 gg ≥ 94%	dipartimentale	UO endocrinologia 1 Univ UO malattie metaboliche e diabetologia Univ UO endocrinologia 2 Univ UO malattie infettive SSN SOD dialisi peritoneale SSN UO nefrologia trapianti e dialisi SSN UO neurologia Univ UO psichiatria 1 Univ UO psichiatria 2 Univ UO neuroriabilitazione Univ	6	
area gestionale	Elaborazione ed implementazione di una procedura dipartimentale per il trattamento del dolore da procedura, con individuazione di indicatori di misurazione rilevabili	acquisizione validazione della procedura da parte del COSD (fonte COSD e Accreditamento e qualità)	validazione e pubblicazione procedura entro 31.12.16	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area gestionale	completa e corretta compilazione della check list chirurgica	autovalutazione 2 volte nell'anno e controlli a campione da parte della UO accreditamento e qualità e UO Gestione integrata rischio clinico e contenzioso	70% della check list correttamente e completamente compilati	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	SOD piede diabetico SSN	5	
area gestionale	rischio clinico: effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD ( fonte: report Rischio clinico)	≥ standard regionali per ogni U.O. e SOD del DAI	ove non raggiunto a livello dipartimentale punti assegnati alle singole strutture in funzione del raggiungimento	tutte le strutture	10	
area gestionale	Ricoveri Ordinari: riduzione casi di bassa specialità su pazienti residenti in Regione Toscana fuori zona pisana	% n° di casi di bassa specialità pazienti fuori zona pisana regionali rispetto al tot produzione bassa specialità 2016 (fonte: report CdG su flusso SDO)	% n° 2016 < % n° 2015	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Endocrinologia 1 Univ UO Malattie metaboliche e diabetologia Univ UO Endocrinologia 2 Univ UO Neurologia Univ UO Neuroriabilitazione Univ	8	
area gestionale	attivazione percorsi di fast-track chiusi su first-aid	% pazienti chiusi su first-aid con modalità di trasferimento nelle specialistiche pari a 0 (fonte DMPO)		1 punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Psichiatria 1 Univ UO Psichiatria 2 Univ	6	
area gestionale	In relazione ai protocolli e al decreto ministro della salute del 9/12/2015 sull'appropriatezza prescrittiva, elaborazione da parte di ciascuna UO, con il coinvolgimento delle strutture richiedenti, dei percorsi per la gestione degli esami al fine di conformarli alle predette Indicazioni, nonché analisi delle tipologie di esami il cui volume nel 2015 non supera le 50 prestazioni totali annue, in termini di UO richiedente e di ragioni fondanti la richiesta al fine di valutare l'opportunità di mantenerne la produzione	- produzione relazione da inviarsi al direttore del DAI di Laboratorio; - completezza della relazione comprensiva di criteri di verificabilità del rispetto del percorso di appropriatezza prescrittiva; - diffusione alle UU.OO. Richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate; (fonte: report direttore DAI Medicina di Laboratorio)	- validazione della relazione entro il 30/10 da parte del direttore DAI di Medicina di Laboratorio e della Direzione Sanitaria; - diffusione alle UU.OO. richiedenti delle linee guida di appropriatezza individuate e validate entro il 31/12;	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Malattie metaboliche e diabetologia Univ UO Malattie infettive SSN UO Neurologia Univ	5	
area gestionale	Adesione al progetto visual hospital per il percorso dei pazienti provenienti dal pronto soccorso	frequenza di utilizzo gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO) dalle 18 alle 8 (fonte report ISAP)	utilizzo sistematico del gestionale di visualizzazione delle disponibilità di posti letto (MIRO)	punti assegnati al DAI in funzione del raggiungimento con eventuale bonus/penalizzazione di ulteriori p.ti in caso di raggiungimento o mancato raggiungimento alle strutture direttamente coinvolte	UO Malattie metaboliche e diabetologia Univ UO Neurologia Univ UO Endocrinologia 1 Univ UO Endocrinologia 2 Univ UO nefrologia trapianti e dialisi SSN	5	

100

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

20/07/2016

*Dip. Area Amministrativa (Dip. Amministrativo)*

<b>OBIETTIVI PROPOSTI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>PESO</b>	<b>rievanza PTPC</b>
Redazione regolamento relativo alla attribuzione di permessi retribuiti per motivi personali e familiari al personale del comparto e della dirigenza (31/12/2016);	Elaborazione proposta	Presentazione proposta alla Direzione Aziendale SI/NO	2	si
Semplificazione dell'attività amministrativa: analisi dei processi amministrativi interni alle UU.OO. e loro revisione in funzione della maggiore adesione ai modelli di tipo privatistico. Definizione cronoprogramma, comprensivo del piano di realizzazione, entro 31.07.2016	elaborazione cronoprogramma e piano di realizzazione entro 31.7.16	Presentazione SI/NO	10	
Sperimentazione del progetto di valutazione della performance individuale all'interno del Dipartimento di Area Amministrativa e due D.A.I. (31/12/2016)	Predisposizione attività per l'avvio della sperimentazione	relazione Dipartimento Amministrativo sull'avvenuta sperimentazione	8	
Revisione codice etico e di comportamento	Elaborazione proposta di revisione del codice etico e di comportamento	Presentazione proposta alla Direzione Aziendale SI/NO	5	si
Redazione del regolamento sul procedimento amministrativo (31/12/2016)	Elaborazione proposta	Presentazione proposta alla Direzione Aziendale SI/NO	5	

**30**

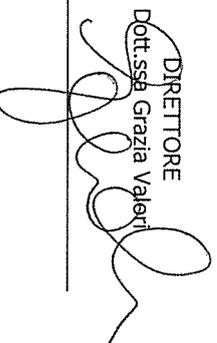
**DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



**DIRETTORE Amministrativo**  
Dott. Carlo Milli



**DIRETTORE**  
Dott.ssa Grazia Valeri



a cura della U.O. Controllo di Gestione

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2015**

08/04/2015

DAM Politiche e gestione P.U.				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza PTPC
Completamento progetto nuovo sistema di valutazione della performance individuale (31/12/2016)	predisposizione interviste; focus con valutati e valutatori; presentazione alle OO.SS:	piena operatività del nuovo sistema con possibilità di avviare la valutazione nell'anno 2017 (invio relazione)	20	
attuazione del nuovo atto aziendale. Completamento procedimenti e atti necessari all'adeguamento della struttura organizzativa al collegato dell'atto aziendale	Elaborazione atti secondo le indicazioni aziendali	adozioni atti secondo indicazioni aziendali	20	
Adozione regolamenti attinenti il rapporto di lavoro: -part-time; -missioni; -valutazione; -posizioni organizzative; -disciplina art. 53	Elaborazione proposta di adozione del regolamento	Presentazione proposta alla Direzione Aziendale SI/NO	10	si
Adozione regolamento borse di studio	Elaborazione proposta di aggiornamento del regolamento	Presentazione proposta alla Direzione Aziendale SI/NO	20	si
			70	

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE  
Dott.ssa Grazia Valeri

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

22/07/2016

DAM Libera professione				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza PTPC
aggiornamento "atto aziendale per la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria" comprensiva di regolamentazione e documentazione collegata	Presentazione della proposta finale alla Direzione Aziendale per approvazione.	Presentazione proposta alla Direzione Aziendale SI/NO	20	si
Ricognizione camere paganti con proposta di nuova tariffazione per l'utilizzo delle stesse, revisione della modulistica e del materiale informativo relativamente all'attività libero-professionale in regime di ricovero (31/12/16)	proposta di delibera entro il 30/09/2016	proposta si/no	5	
revisione reporting processo di monitoraggio economico gestionale della libera professione	invio alla Direzione schemi e processo entro il 15.07.16	approvazione schema e messa a regime	20	
Progettazione di un sistema di controlli interni sul corretto svolgimento dell'attività libero-professionale con indicazione delle tipologie di controlli, frequenza degli stessi e modalità di svolgimento. Raccordo ed integrazione con DMP.	avvio nuovo sistema di controllo entro il 31/10/16.	disponibilità di reportistica al 31.12.16	25	
			70	

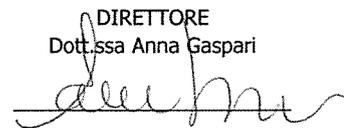
DIRETTORE  
Dott.ssa Grazia Valori



DIRETTORE Amministrativo  
Dott. Carlo Milli



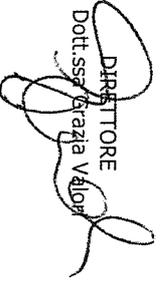
DIRETTORE  
Dott.ssa Anna Gaspari



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

20/07/2016

OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	riservaz a PTPC
<p>messa a regime nuovo regolamento per attribuzione incarichi di collaborazione ex art 7 comma 6 del D.lgs 165/01 (già inviato come <small>proposta nel 2015</small>)</p> <p>strutturazione reportistica e percorso di monitoraggio andamentale costi del personale relativi a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contratti libero professionali;</li> <li>- ai trattamenti accessori (reperibilità, straordinario) e relativi collegamenti con i fondi;</li> </ul>	Adozione regolamento con delibera DG	Delibera DG	10	si
<p>Creazione di archivio informatizzato inerente gli atti di pignoramento conto terzi relativi ai dipendenti al finalizzato al monitoraggio delle trattenute derivanti.</p>	condizione con la Direzione schemi e processo entro il 15.07.16	approvazione schema e messa a regime	35	
<p>Completamento processo decentrato di inserimento reperibilità con forniture di reports di controllo (31/12/2016).</p>	Forniture report alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2016	relazione	10	
	Fornitura report di controllo	relazione	15	
			70	

  
**DIRETTORE**  
 Dott.ssa Grazia Valori

  
**DIRETTORE Amministrativo**  
 Dott. Carlo Villi

  
**DIRETTORE**  
 Dott.ssa Anna Battiston

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2015**

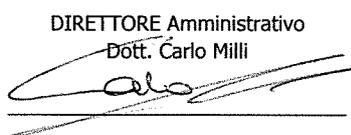
28/07/2016

DAM Affari Generali				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza PTPC
adozione reporting processo di monitoraggio economico gestionale sulle sperimentazioni cliniche	condivisione con la Direzione schemi e processo entro il 30.09.16	approvazione schema e messa a regime	25	
adozione procedura sperimentazione "profit" (obiettivo condiviso con Dipint )	adozione entro entro 30/09/16	adozione format qualità	15	
organizzazione e completamento del processo di trasferimento dell'archivio storico (in locali idonei assegnati DMP e DAT)	trasferimento previo parere soprintendenza archivistica entro 90 gg dalla consegna dei locali	relazione a Controllo di Gestione entro 28.02.2017	10	
scansione delibere cartacee già indicizzate (completamento fino a primo trimestre 2010)	reportistica inserimento link su "Pratiche web"	relazione a Controllo di Gestione entro 28.02.2017	10	
adeguamento regolamento aziendale privacy	adeguamento entro 30/10/16	adozione format qualità	10	
			70	

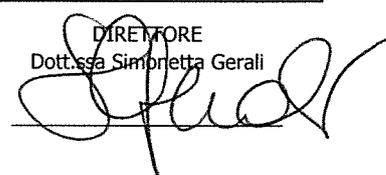
DIRETTORE  
Dott.ssa Grazia Valori



DIRETTORE Amministrativo  
Dott. Carlo Milli



DIRETTORE  
Dott.ssa Simona Gherli



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

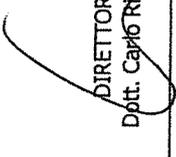
OGGETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Revisione PA 11 Modalità di gestione delle urgenze ed imprevisti di tipo tecnologico strutturale	Revisione procedura su format qualità	si/no	5
governo e monitoraggio del piano degli investimenti	reportistica mensile su andamento economico del Piano report trimestrale sull' attuazione interventi entrambi da inviare alla Direzione e al CdG	invio reportistica	10
sviluppo del piano degli interventi annuale a favore della sicurezza	relazione alla Direzione e al CdG	si/no	10
pubblicazione nuovo bando del "Presidio Ospedaliero Universitario nuovo Santa Chiara in Cisanello" con la nuova normativa	avvenuta pubblicazione del nuovo bando	pubblicazione entro il 30/09/2016	10
aggiornamento regolamentazione concernente gli incentivi per la progettazione dei dipendenti	relazione al CdG	aggiornamento entro il 31/10/2016	5
			<b>40</b>

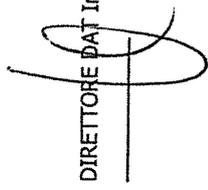
DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE DAT  
 Ing. Rinaldo Giambastiani

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

<b>DAT progetti e contabilità e lavori pubblici</b>			
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO
aggiornamento del regolamento interno per la progettazione ai sensi del nuovo Codice	relazione alla Direzione e al CdG	aggiornamento entro il 31/10/2016	10
aggiornamento della procedura "ASSO" in formato web open source	relazione alla Direzione e al CdG	aggiornamento entro il 31/10/2016	25
implementazione ed informatizzazione dell'archivio tecnico (manuali edificio)	relazione alla Direzione e al CdG	100%	25
			<b>60</b>

  
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

  
DIRETTORE DAT Ing. Rinaldo Giambastiani

  
DIRETTORE UO Ing. Rinaldo Giambastiani

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2015**

<b>DAT Facility managemet</b>			
OGGETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Adozione regolamento utilizzo telefonia aziendale	Adozione regolamento (su format qualità) con delibera DG	Delibera DG SI/NO	5
aggiornamento reportistica di controllo dell' attività manutentiva a canone e " a misura"	invio reportistica con cadenza mensile da inviare alla Direzione e al CdG	si/no	20
avvio delle procedure per l'esecuzione degli interventi di messa a norma antincendio degli immobili dei 2 presidi	relazione alla Direzione e al CdG sullo stato dell'arte dei processi	si/no	25
implementazione della reportistica di controllo per le attività di logistica	invio reportistica con cadenza mensile da inviare alla Direzione e al CdG	si/no	10
			<b>60</b>

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE DAT  
Ing. Rinaldo Giambastiani

DIRETTORE  
Ing. Salvatore Lantieri

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

OGGETTIVI PROPOSITI	INDICATORI	STANDARD	PESO
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)	pubblicazione di foglio elettronico in formato digitale aperto contenente dati aggiornati	Comunicazione a RPC della pubblicazione dell'integrazione dei dati SI/NO	5
aggiornamento regolamento alienazioni immobili	relazione al CdG	aggiornamento entro 31/11/2016	10
pubblicazione del bando per l'alienazione dell'ex stabilimento ospedaliero di Calambrone	avvenuta pubblicazione	pubblicazione entro il 31/19/2016	20
disegno del nuovo processo per la gestione degli spostamenti di beni mobili	elaborazione della procedura per la gestione del processo degli spostamenti dei beni mobili	rendicontazione al CdG	10
aggiornamento regolamentazione acquisizione lavori, beni e servizi alla luce del nuovo codice degli appalti	relazione al CdG	aggiornamento entro 31/11/2016	15

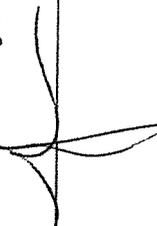
**DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Carlo Rinaldo Tornassini



**DIRETTORE DAT**  
Ing. Rinaldo Giambastiani



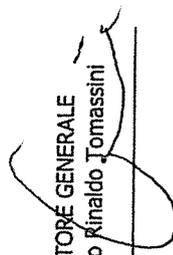
**DIRETTORE**  
Dr.ssa Annalisa Vagelli



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

OGGETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza PTPC
attuazione delle opere previste dal piano degli investimenti per l'anno 2016	relazione alla Direzione e al CdG	attuazione del piano degli investimenti nel rispetto del cronoprogramma previsto nel 2016	20	
attuazione degli interventi di messa a norma antincendio degli immobili dei 2 presidi.	relazione alla Direzione e al CdG	si/no	20	
report mensile consumi energetici distinti tra componente tariffaria e di consumo reale	invio di report mensili alla Direzione e per conoscenza al CdG	si/NO	10	
presentazione del piano risparmio energetico con evidenza dei risparmi e degli investimenti necessari	evidenza dei risparmi e degli investimenti necessari	presentazione del piano entro il 31/10/2016	10	
			<b>60</b>	

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE DAT  
Ing. Rinaldo Giambastiani



DIRETTORE  
Ing. Alberto Pugi



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

13/07/2016

U.O. Gestione Economiche Finanziarie				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza anticorruzione
revisione processo di gestione dei contributi finalizzati	elaborazione	delibera approvazione nuovo regolamento per l'adozione dei contributi finalizzati: si/no	40	
integrazione ASSO con sistema di contabilità analitica per attribuzione ammortamenti alle strutture aziendali	disponibilità della informazioni di ASSO sulla contabilità analitica	corretta alimentazione della contabilità analitica da parte di ASSO; verifica fattibilità entro settembre	25	
elaborazione regolamento unico per la gestione recupero crediti	elaborazione	delibera approvazione regolamento i: si/no	35	

100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE Amministrativo  
Dott. Carlo Milli

DIRETTORE  
Dott.ssa Carmela Di Luigi

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

20/07/2016

U.O. Controllo di Gestione				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza anticorruzione
Recepimento idonee misure e azioni di gestione e mitigazione del rischio previste nel PTPC e nell'incluso PTTI nell'ambito del sistema di gestione della performance organizzativa e individuale e nel sistema di budget	Piano Performance SI/NO	Assunzione nel Piano Performance delle misure	15	si
Recepimento idonee misure e azioni di gestione e mitigazione del rischio previste nel PTPC e nell'incluso PTTI nell'ambito del sistema di gestione della performance organizzativa e individuale e nel sistema di budget	delibera adozione budget SI/NO	assegnazione come obiettivi alle strutture individuate come responsabili	15	si
Trasparenza degli esiti degli obiettivi di budget	Pubblicazione percentuale raggiungimento obiettivi di budget per dipartimento nella trasparenza	Relazione PP	15	si
partecipazione agli incontri di comitato di dipartimento per presentazione del budget	numero incontri	almeno tre incontri DAI	15	
fruibilità del Tableau de Board da parte dei Direttori DAI, RID e RAD, UO DMP,UO FARGEFA,UOFARGEDIM, UO ISAP	Relazione a RPC su visibilità via web da parte delle strutture SI/NO	Fruibilità via web	10	si
Realizzazione all' interno di BO di una reportistica ad hoc sul percorso chirurgico in collaborazione con la U.O. ISAP	- studio fattibilità entro il 31/11/2016 - schema del prototipo entro il 31/12/2016	studio di fattibilità e prototipo: SI/NO	30	
			<b>100</b>	

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE Amministrativo  
Dott. Carlo Milli

DIRETTORE  
dott.ssa Gabriella Pellegrini

BUDGET 2016

UO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO APPROVIGIOVAMENTO E RAPPORTI CON ESTAR			
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Governo passaggio delle funzioni previsto dalla riorganizzazione dei processi e dei rapporti con ESTAR	Formalizzazione documento del completamento del passaggio di consegne nelle tempistiche stabilite dalla Direzione Aziendale	si/no	50
Affiancamento e supporto all' attivazione delle funzioni trasferite alle strutture di destinazione.	Relazione condivisa con le strutture di destinazione su avvio delle funzioni trasferite.	si/no	50
			100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE Amministrativo  
Dott. Carlo Milli

DIRETTORE di UO  
Dott.ssa Lucia Santerini

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

15/06/2016

UO Direzione Medica				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza PTPC
Realizzazione di un disciplinare tecnico per il servizio trasporti sanitari	Predisposizione disciplinare tecnico e sua redazione in format qualità (regolamento/PA)	Relazione a RPC circa redazione	<b>15</b>	si
Estensione progetto sperimentale "Open Access"* ad un maggiore numero di branche specialistiche/prestazioni (* finalizzato a ridurre i tempi di attesa della attività istituzionale ad un massimo di tre giorni, nel 2015 è stato attivato per n. 3 prestazioni di branca cardiologia:visi ta, ecg e ecodoppler cardiaco)	Estensione annuale ad almeno una ulteriore branca specialistica/n.3 prestazioni della ulteriore branca. <i>2016 branca: radiodiagnostica Prestazioni:ecografia addome inferiore superiore e completo</i>	Relazione a RPC attestante l'estensione	<b>15</b>	si
Adozione regolamento per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dei dispositivi medici	Adozione regolamento (su format qualità) con delibera DG	Delibera DG	<b>15</b>	si
Riorganizzazione spazi S. Chiara e Cisanello	Relazione alla Direzione Aziendale entro il 31/12/2016	100%	<b>5</b>	
Monitoraggio Epidemiologico: Popolazione che accede al Pronto Soccorso e miglioramento Fast Track.	Reportistica trimestrale da inviare alla Direzione e alla U.O. Controllo di Gestione	100%	<b>15</b>	
acquisizione/aggiornamento del certificato <b>BLS</b> da parte del personale sanitario	n° certificati/aggiornamenti acquisiti su n° sanitari in dotazione (fonte Formazione)	100% con acquisita certificazione/aggiornamento	<b>10</b>	
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100%	<b>10</b>	
Progetto sistema di miglioramento monitoraggio attività libera professionale intramoenia.	stesura progetto entro luglio 2016	100%	<b>15</b>	si
			<b>100</b>	

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE  
Dott. Mauro Giraldi

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

15/06/2016

SD: QUALITÀ E ACCREDITAMENTO			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Rispondenza a quanto previsto dal modello di accreditamento istituzionale (ai sensi della normativa vigente) in tutti i percorsi assistenziali individuati.	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 28/02/2017 attestante l'esito positivo di tutte le verifiche di accreditamento da parte del Gruppo Regionale dei Valutatori	100%	25
Effettuazione Audit interni nelle strutture organizzative in accreditamento, propedeutici e preparatori a quelli regionali	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 28/02/2017 attestante la percentuale di Audit effettuati/totale Audit richiesti	100%	15
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 di livello aziendale, dipartimentale e di struttura, inclusi quelli di provenienza OTT	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 28/02/2017 attestante la percentuale di documenti prescrittivi approvati/ totale dei documenti pianificati o revisionati	100%	15
Costante aggiornamento del nuovo sito intranet aziendale con la documentazione di qualità e accreditamento	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 28/02/2017 attestante l'avvenuta pubblicazione in tempo reale della documentazione prodotta	100%	15
acquisizione/aggiornamento del certificato <b>BLSD</b> da parte del personale sanitario	n° certificati/aggiornamenti acquisiti su n° sanitari in dotazione (fonte Formazione)	100% con acquisita certificazione/aggiornamento	10
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100%	10
Revisione della documentazione aziendale in base a nuove esigenze normative, organizzative e tecnico professionali	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 28/02/2017 attestante la percentuale di documenti aziendali revisionati / totale dei documenti da revisionare	70%	10
			100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE SD  
Dott. Stefano Giuliani

Direttore DMPO  
Dott. Mauro Girardi

SD Farmaceutica: Gestione dispositivi medici			
OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO
Verifica della congruità quali-quantitativa delle scorte di dispositivi medici presenti nei magazzini di reparto	n. ispezioni verbalizzate effettuate	Realizzazione di 5 ispezioni entro il 31.12.2016	20
Valutazione dei costi dei D.M. con tecnica di rilevazione analitica effettuata presso le sale operatorie relativamente agli interventi di chirurgia robotica	n. di procedure valutate	Realizzazione di 15 report di valutazione entro il 31.12.2016	15
Collaborazione alla valutazione ed al monitoraggio dell'acquisizione di nuovi dispositivi medici	n. report sintetici di valutazione di nuovi dispositivi medici inviati alla Direzione Aziendale (da segnalare nella relazione del Direttore di U.O. da inviare alla U.O. Controllo di Gestione entro il 28.02.2016)	Stesura di 4 report entro il 31.12.2016	20
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)	percentuale di dispositivi con codice RDM sul totale dei record che prevedono la rilevazione di dispositivi iscritti al Repertorio dei Dispositivi Medici (da segnalare nella relazione del Direttore della U.O. da trasmettere alla U.O. Controllo di Gestione entro il 28.02.2017)	Il numero di record con codice RDM corretto, quando è dovuto, deve rappresentare, a livello regionale e in ogni singola Azienda Sanitaria, almeno il 95% del totale dei record che prevedono la rilevazione di dispositivi iscritti al Repertorio dei Dispositivi Medici	15
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100%	15
Monitoraggio dei consumi relativi alle Gare Regionali che prevedono quote di D.M. accreditati	n. di report prodotti	Elaborazione di 4 report annuali per ogni gara	15

100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi

F.F. DIRETTORE di SD  
Dott.ssa Domenica Mamone

Direttore DMPD  
Dott. Mauro Giraldi

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

15/06/2016

SD OFFICINA TRASFUSIONALE			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Valutazione del sistema di inattivazione virale su emocomponenti di II livello (Pool di piastrine da buffy coat)	relazione attestante i risultati dei Test raggiunti	100%	25
Incontri periodici tra O.T. e S.T. territoriale.	5 incontri verbalizzati per anno	100%	25
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100% del personale	25
Revisione e integrazione delle Procedure operative della O.T.	n° 10 procedure da revisionare nell' anno	100%	25
			100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

Direttore Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE SD  
Dott. Domenico Russo

Direttore DMPO  
Dott. Mauro Graldi

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

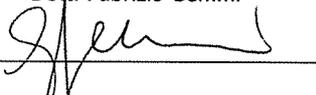
15/06/2016

Sez. Dip. Programmazione ed Approvvigionamento Tecnologie Sanitarie			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Revisione dello strumentario per chirurgia a cielo aperto - UU.OO. Chirurgiche	Documento riepilogativo delle necessità per adesione gara ESTAR e conseguente ordine	emissione ordine $\geq$ 70% della necessità	25
Monitoraggio delle richieste attrezzature biomedicali ex art. 20 (AOUP-ESTAR)	Documentazione riepilogativa dettagliata dalla richiesta all'ordine- Stato di avanzamento 2016	100%	25
Revisione delle procedure aziendali inerenti l'acquisizione di strumentario chirurgico (P.A. 27 e 79)	Adozione nuove modalità gestionali e revisione delle 2 procedure esistenti	100%	15
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100%	10
acquisizione/aggiornamento del certificato <b>BLS</b> da parte del personale sanitario	n° certificati/aggiornamenti acquisiti su n° sanitari in dotazione (fonte Formazione)	100% con acquisita certificazione/aggiornamento	10
Acquisizione Tecnologie Sanitarie - Gestione Criticità	Stesura di un documento contenente le acquisizioni prioritarie da inviare entro il 31/03/2016	invio entro i tempi stabiliti	15
			100

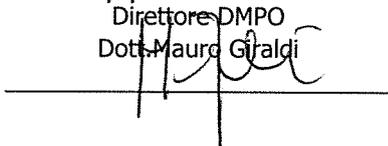
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi



Direttore DMPO  
Dott. Mauro Giraldi



DIRETTORE Sez. Dip  
Dott. Andrea Ferrari



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

15/06/2016

**UO Farmaceutica: Gestione del farmaco**

OBIETTIVI	MODALITA' DI MISURAZIONE	Valore atteso	PESO
Revisione POI n°15 "Gestione dell' attività centralizzata di Galenica Nutrizionale" per implementazione del nuovo software Abamix.	Revisione	Entro 31/12/ 2016	10
Produzione e diffusione periodica di report relativi al consumo degli antibatterici ai fini di azioni di Antimicrobial Stewardship	Elaborazione di report	1 Report ogni quattro mesi ai Direttori Dipartimento, al Direttore UO Igiene ed Epidemiologia , al Direttore UO Malattie Infettive, DMP, U.O. Controllo di Gestione.	15
Monitoraggio e diffusione periodica ai principali centri prescrittori dei dati relativi alle terapie antiblastiche allestite presso il nostro laboratorio	Elaborazione di report	Diffusione trimestrale del report ai direttori delle U.O. interessate	15
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.	Elaborazione di report che individua le schede paziente da chiudere/correggere al fine di una possibile richiesta di rimborso	Diffusione trimestrale del report ai direttori delle U.O. interessate	15
Mantenimento qualitativo della farmacovigilanza	n° Segnalzioni di sospetta reazione avversa a farmaci	Almeno 100 ogni 100.000 giornate di degenza	15
Verifica ispettiva di reparto con valutazione delle scorte	n° Visite ispettive	Almeno 30 verifiche ispettive per centri di costo	10
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100%	10
Organizzazione di incontri formativi rivolti al personale sanitario, atti ad implementare una cultura sanitaria di genere	n° Incontri	Almeno 3 entro il 31/12/ 2016	10

100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE di UO  
Dott.ssa Luana Dal Canto

Direttore DMPO  
Dott. Mauro Gralli

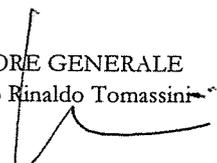
**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

27/06/2016

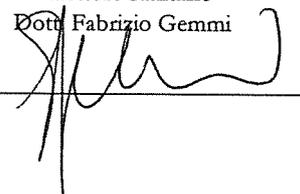
UO Medicina Legale			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Formazione del personale del Pronto Soccorso e del Dipartimento Materno-Infantile per la corretta applicazione del protocollo "codice rosa" e all'utilizzo del relativo kit prelievi	Stesura di relazione	Produzione del documento entro il 31/12/16	40
Analisi del contenzioso relativo alle infezioni nosocomiali nel periodo 2010-2015	Stesura di relazione	Produzione del documento entro il 31/12/16	30
Analisi delle consulenze tecniche di ufficio relative al contenzioso nel periodo 2010-2015: uso dei baremes e applicazione del danno differenziale	Stesura di relazione	Produzione del documento entro il 31/12/16	30

100

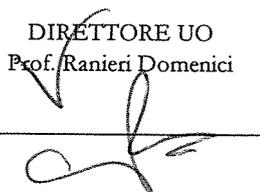
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE UO  
Prof. Ranieri Domenici



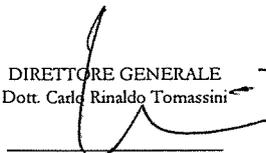
DIRETTORE  
Prof. Gaetano Privitera



**U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA**

OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	BUDGET 2016	PESO
Supportare l'attività di gestione del rischio clinico a livello delle strutture assistenziali anche ai fini dell'accreditamento istituzionale.	Supporto tecnico, su richiesta delle strutture, alle attività di audit o di analisi di processo; restituzione periodica degli indicatori alle UU.OO., ai Dipartimenti e alla Direzione Aziendale	Fornire una risposta adeguata al 90% delle richieste entro il 31.12.2016; produzione e diffusione periodica di report	15
Produrre Procedure Aziendali mirate all'applicazione delle raccomandazioni per la gestione del Rischio Clinico del Ministero della Salute, del GRC Toscana o comunque inerenti la gestione del Rischio Clinico in Azienda	N° Procedure Aziendali redatte e diffuse	Almeno 2 Procedure Aziendali diffuse entro il 31.12.2016	10
Sostenere l'applicazione delle Buone Pratiche e delle Raccomandazioni Ministeriali a un livello pari o superiore a quello richiesto per il mantenimento dell'accreditamento regionale	Effettuazione di safety walk around nelle UU.OO al fine di verificare ed implementare le Pratiche per la sicurezza del paziente e le Raccomandazioni ministeriali pertinenti.	Svolgere nell'anno attività di safety walk around in almeno il 50% delle UU.OO assistenziali.	15
Mantenere l'attività di sorveglianza ambientale	Controlli programmati sulle funzioni di ristorazione collettiva, produzione di acqua sanitaria, igiene ambientale, standard degli ambienti a contaminazione controllata	Rispetto del calendario compatibilmente con la disponibilità di materiale di consumo	20
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	N° riunioni CIO; Produzione del rapporto e sua diffusione ai Responsabili di Dipartimento e alle Direzioni Medica e Sanitaria	Almeno 2 riunioni effettuate entro il 31.12.2016; Diffusione periodica dei rapporti delle notifiche	20
Gestione emergenze	Migliorare la risposta aziendale alle emergenze sanitarie e ambientali	Produzione di Procedure Aziendali e erogazione attività formative specifiche entro il 31.12.2016	10
Partecipazione alla organizzazione e alla erogazione di interventi di vaccinazione antimeningococcica	N° di sedute vaccinali effettuate	Effettuazione di almeno 40 sedute vaccinali	10

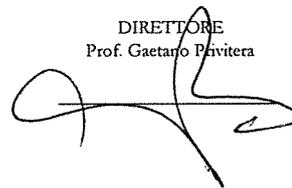
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



Direttore Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE  
Prof. Gaetano Pivitera



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

14/07/2016

<b>Coordinamento delle professioni Infermieristiche e Ostetriche UOC Professioni Infermieristiche</b>			
OGGETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Garantire un'allocazione adeguata dei dipendenti secondo il giudizio di idoneità rilasciato dal medico competente	n. piani di attività approvati dal medico competente/n. piani di attività proposti	100% al 31/12/2016	20
Individuazione e implementazione dei nuovi modelli organizzativi nelle strutture coinvolte nel trasferimento	n. nuovi modelli organizzativi implementati/n. strutture trasferite	100% al 31/12/2016	15
Accoglimento del personale afferente alla U.O. e valutazione delle criticità emergenti	n. criticità valutate/n. dipendenti accolti	100% al 31/12/2016	20
acquisizione/aggiornamento del certificato <b>BLS</b> da parte del personale sanitario	n° certificati/aggiornamenti acquisiti su n° sanitari in dotazione (fonte Formazione)	100% con acquisita certificazione/aggiornamento	30
Corso FAD Formas sui piani di emergenza	produzione attestato	100% al 31/12/2016	15

100

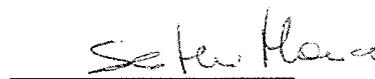
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE UO  
Dr.ssa Monica Scateni



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

14/07/2016

OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Corretta distribuzione delle risorse umane nelle singole U.O. del dipartimento. Rispetto dei tempi di presentazione della turnistica al dipendente come da regolamento aziendale.	Presentazione della turnistica entro il 25 del mese.	100%	50
Corretta programmazione dell' approvvigionamento dei beni sanitari attraverso il monitoraggio dei consumi per l' utilizzo delle scorte.	Inventario al settembre e dicembre	100%	50

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE UO  
Dr.ssa Monica Scateni

100

**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

14/07/2016

<b>Coordinamento delle professioni Infermieristiche e Ostetriche Settore Formazione permanente e complementare del personale Infermieristico</b>			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Coordinare la stesura e l'organizzazione dei progetti aziendali per il Servizio Civile nazionale e regionale	N° progetti proposti	Almeno sei progetti regionali	25
Sensibilizzare gli infermieri relativamente al rifiuto della terapia e di trattamenti sanitari da parte dei pazienti ricoverati	Creazione di una brochure relativa ad una corretta informazione da dare al paziente al momento del ricovero in U.O.	Strutturazione di un percorso formativo e di una brochure	25
Promuovere corsi di formazione su tematiche professionali specialistiche trasversali	Promozione di percorsi formativi trasversali aziendali che coinvolgano il personale infermieristico/ostetrico e di supporto dell'AOUP	Almeno otto progetti	25
Creazione di un percorso infermieristico di gestione delle criticità legate alle lesioni da pressione all'interno dell'AOUP che preveda momenti di formazione al personale infermieristico e di supporto, informazione all'utenza e consulenza al personale infermieristico sulla prevenzione e trattamento.	Realizzazione di una brochure aziendale per definire le modalità legate alla consulenza infermieristica e realizzazione di una procedura aziendale specifica per il Wound Care	Una brochure e una procedura aziendale	25
			100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE UO  
Dr.ssa Monica Scateni

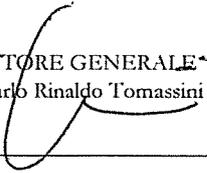
AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016

14/07/2016

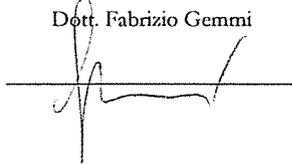
Coordinamento delle professioni Infermieristiche e Ostetriche UO Professioni Ostetriche			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Supporto all'allattamento con implementazione dell'allattamento al seno alla dimissione	n. neonati allattati esclusivamente al seno/numero nati	incremento del 10% rispetto al 2015	100

100

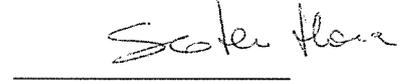
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE UO  
Dr.ssa Monica Scateni



AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016

14/07/2016

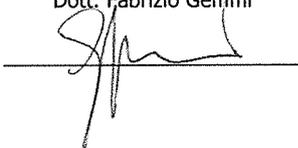
**Coordinamento delle professioni Infermieristiche e Ostetriche  
UO Formazione Professionale di base**

OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
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	espletare le procedure previste per lo svolgimento del corso	terminare il corso entro il mese di marzo 2017 come previsto dalla DGRT n. 943 del 29/10/12 .	40
Attivare 1 corso OSS con formazione complementare - n. 30 studenti A.F. 2016- 2017	espletare le procedure previste per lo svolgimento del corso	terminare il corso entro il mese di aprile 2017 - come previsto dalla DGRT n. 944 del 29/10/12.	40
Accertare le conoscenze e le competenze teorico pratiche dei singoli studenti	indagine valutativa delle conoscenze e competenze acquisite	verifica finale entro il 30/04 /2017	20
			100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE UO  
Dr.ssa Monica Scateni



AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
 Budget 2016

14/07/2016

<b>U.O. Direzione delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione Str. Semplice Diagnostica per Immagini</b>			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Costante verifica e monitoraggio necessità di personale TSRM nelle varie UU.OO. di proiezione sulla base dei carichi di lavoro e delle nuove organizzazioni lavorative	Rapporto annuale per ogni U.O.	Presentazione rapporto annuale alla Direzione Aziendale ed alla U.O. Controllo di Gestione entro il 28/02/2017.	20%
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate dal personale TSRM < al 2015	Report alla Direzione Aziendale ed alla U.O. Controllo di Gestione entro il 28/02/2017 attestante la diminuzione delle ore effettuate	20%
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di dipendenti con Debito Orario > 25 h. Risultato atteso max 2% del personale	Report alla Direzione Aziendale ed alla U.O. Controllo di Gestione entro il 28/02/2017 attestante la percentuale del personale con debito orario	20%
Rilevazione e controllo costante dei dati delle prestazioni finalizzati ad una corretta rendicontazione mediante il sistema RIS-PACS	Documento con cadenza mensile per il monitoraggio delle attività.	Report alla Direzione Aziendale ed alla U.O. Controllo di Gestione entro il 28/02/2017 attestante le attività.	15%
			<b>75%</b>

DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE S.S.  
 Dr. Davide Pelliccia

DIRETTORE UO  
 Dr.ssa Angela Biancheri

AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
 Budget 2016

14/07/2016

Str. Sempl. Diagnostica per Immagini Personale Comparto			
OSIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
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.	Implementazione/revisione di protocolli e procedure operative.	Almeno 1 revisione o nuova implementazione di protocolli e procedure operative con la partecipazione del personale TSRM	50%
Rischio Clinico partecipazione del personale TSRM all'interno delle UU.OO. di assegnazione agli MMR e audit	n° MMR e audit svolti	standard regionali per ogni UO	50%

100%

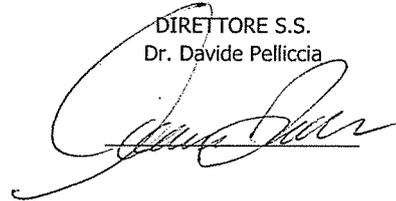
DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



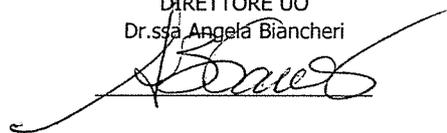
DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE S.S.  
 Dr. Davide Pelliccia



DIRETTORE UO  
 Dr.ssa Angela Biancheri



AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
 Budget 2016

14/07/2016

**Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie  
 UOC Diagnostica di Laboratorio**

OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Aggiornare le competenze e responsabilità professionali nell'ambito della riorganizzazione AOUP-Territorio per il corretto funzionamento dei nuovi modelli organizzativi	Realizzazione di percorsi formativi trasversali aziendali per tutti i profili professionali che afferiscono al coordinamento funzionale	Percentuale del 50% di operatori formati entro il 31/12/2016	25
			25

DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE UO  
 Dr.ssa Angela Biancheri

**U.O.C Diagnostica di Laboratorio  
 Struttura**

OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Rendicontazione , verifica ed invio costante dei dati delle prestazioni di laboratorio per una corretta codifica e convergenza della base dati anagrafica	Invio report annuale dell'attività svolta alla U.O. Controllo di Gestione	Raggiungimento del 80%	25
Costante verifica e monitoraggio delle risorse umane assegnate, per una migliore distribuzione e assegnazione, sulla base dei carichi di lavoro rilevati	Rilevazione dei carichi di lavoro per ogni U.O.	Corretta redistribuzione di almeno il 75% delle risorse assegnate in proiezione	25
Attivazione della funzione di check-in nei laboratori per l'adeguamento alle nuove modalità di richiesta di prestazioni, effettuate tramite l'integrazione LIS_PLEIADE	Report finale sulle funzioni attivate nei laboratori del DAI di Medicina di Laboratorio	Raggiungimento del 90% delle funzioni attivate	25
			75

DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE UO  
 Dr.ssa Angela Biancheri

AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
 Budget 2016

14/07/2016

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO Obiettivi Comparto			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Realizzazione di percorsi formativi sull'evoluzione clinica, diagnostica e tecnologica nei settori della genetica, anatomia patologica, virologia, microbiologia, chimica clinica, trasfusionale, farmacologia e trapianti, per una migliore condivisione di conoscenze e crescita professionale	Numero di operatori formati sul totale degli operatori presenti	almeno il 90% del personale formato	40
Collaborazione alla stesura di Istruzioni Operative, Procedure, Protocolli, finalizzati alla certificazione ISO 9000 del DAI di Medicina di Laboratorio	Numero di operatori coinvolti sul totale del personale TSLB presente	70% di personale coinvolto	30
Rischio Clinico partecipazione del personale TSLB alla effettuazione degli MMR e audit	N° MMR e audit effettuati	>= standard regionali	30

100

DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi

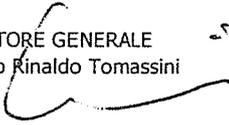
DIRETTORE  
 Dr.ssa Angela Biancheri

AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
 Budget 2016

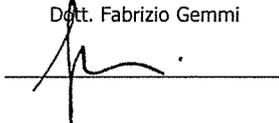
14/07/2016

Struttura Semplificata Professioni della Riabilitazione Comparto			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
In relazione alla modifica introdotta dalla Delibera 487 11/05/2015 che prevede l'organizzazione delle risorse in Team, assicurare maggiore continuità nei Servizi in caso di assenze, anche laddove vi sia una sola risorsa dedicata, entro il vincolo posto dal rapporto generale risorse/ fabbisogno.	Numero dei pazienti sottoposti a trattamento specifico e numero di trattamenti erogati in assenza della figura dedicata (servizi con un solo operatore dedicato).	Relazione consuntiva da produrre entro il 28.02.2017	50
Progetto di rilevazione e miglioramento in relazione ai rischi per la salute e sicurezza sul lavoro in collaborazione con la Medicina Preventiva e del Lavoro di un percorso per tutti i Professionisti della Struttura esposti: - Elaborazione di questionari di autovalutazione e loro somministrazione a partire dai profili a maggior rischio, - Analisi dei dati emersi, confronto con i dati oggettivi disponibili e azioni di modifica	Numero dei Profili esaminati.  Numero dei dipendenti formati in rapporto al numero totale degli esposti.	N° questionari elaborati e somministrati: almeno 1  Formazione 40% del personale del Profilo esaminato.	50
			100

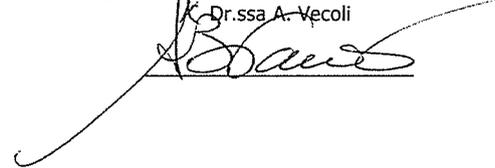
DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi



Dirigente Professioni Sanitarie di Riabilitazione  
 Dr.ssa A. Vecoli



DIRETTORE UO  
 Dr.ssa Angela Biancheri

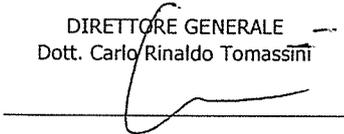


AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
 Budget 2016

14/07/2016

<b>U.O. Direzione delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione Struttura Semplice Professioni della Riabilitazione</b>			
OGGETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Corretto utilizzo del personale nei Servizi in funzione del rapporto risorse/fabbisogno, per ottimizzare la risposta alle esigenze degli Utenti in regime di ricovero, in relazione alle modifiche organizzative introdotte dalla Delibera 487 dell'11 maggio 2015.	Soddisfazione delle richieste dell'Utenza interna.	Mantenimento/miglioramento degli standard quali-quantitativi del 2015 in relazione all'accesso al trattamento dei pazienti ricoverati, verificabile tramite relazione consuntiva, in relazione al mantenimento delle risorse disponibili.	35
Rilevazione e controllo dei dati delle prestazioni di Riabilitazione e Neurofisiopatologia per la verifica della corretta rendicontazione	Relazione annuale alla U.O Controllo di Gestione per la verifica dei dati prodotti	Raggiungimento dell' 80% della corretta rilevazione delle prestazioni	25
Realizzazione di un percorso formativo per tutti i Professionisti della Struttura rivolto a favorire il miglioramento delle competenze sull'osservazione del paziente e il confronto tra i diversi ambiti professionali	Numero dei dipendenti formati in rapporto al numero totale	Formazione 60% del personale	15
			<b>75</b>

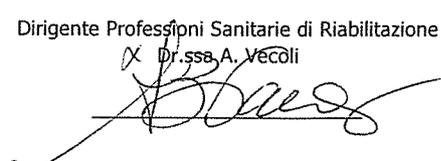
DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE SANITARIO  
 Dott. Fabrizio Gemmi



Dirigente Professioni Sanitarie di Riabilitazione  
 Dr.ssa A. Vecoli



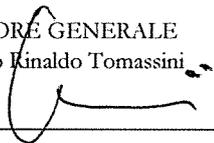
DIRETTORE UO  
 Dr.ssa Angela Biancheri



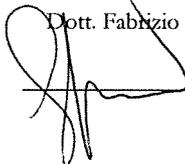
AREA Prevenzione Protezione Rischi						
OBETTIVI	INDICATORE	STANDARD	UO PPR	UO FS	UO MPL	SD ML
Documento Valutazione dei Rischi (DVR) Edificio 31 Cisanello	Redazione e presentazione del DVR il 2016	100%	5		5	
Documento Valutazione dei Rischi Edificio 6 Cisanello	Redazione e presentazione del DVR il 2016	100%	5		5	
Documento Valutazione dei Rischi Edificio 29 Cisanello	Redazione e presentazione del DVR il 2016	100%	5		5	
Documento Valutazione dei Rischi Edificio 3 Cisanello	Redazione e presentazione del DVR il 2016	100%	5		5	
Documento Valutazione dei Rischi Lab Anatomia Patologica Cisanello	Redazione e presentazione del DVR il 2016	100%	5		5	
Aggiornamento Documento Valutazione Rischi Laser	Redazione e presentazione del DVR entro 31.12.2016	100%	5	20	5	5
Collaborazione ai DUVRI e procedure per la gestione della comunicazione con le ditte appaltatrici	Redazione di tutti i documenti richiesti entro il 2016	100%			10	20
Realizzazione Corsi Sicurezza Laser	Realizzazione 8 corsi entro il 2016	100%	5	20		
Realizzazione Corsi Salute e Sicurezza	Realizzazione 10 Corsi Lavoratori, 3 Preposti, 4 Dirigenti entro il 2016	100%	10		5	
			45	40	45	25

Sez. Dip. Medicina Preventiva del lavoro			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Elaborazione procedura ad hoc per la convocazione a sorveglianza sanitaria del personale in formazione universitario e sua implementazione	Relazione alla U.O. Controllo di Gestione attestante la elaborazione della procedura e relativa implementazione nel 2016	100%	25
Adozione di protocollo sperimentale per la autovalutazione della appropriatezza dell'uso del parametro genere nei DVR UNIPi come richiesto ex art 28 e art. 25 comma 1 lett. a), Dlgs 81/08	Relazione alla U.O. Controllo di Gestione attestante i risultati della applicazione del percorso di autovalutazione e report con indicazioni risultanti in merito alle misure migliorative da adottare nel tempo	100%	25
Revisione procedura per la gestione del personale UNIPi soggetto alla tutela ex DLgs 151/01	Relazione alla U.O. Controllo di Gestione attestante la elaborazione della procedura relativa	100%	25
			75

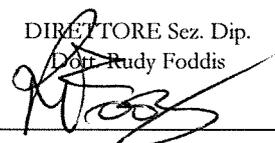
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



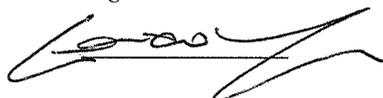
DIRETTORE Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE Sez. Dip.  
Dott. Rudy Foddis



DIRETTORE di Area  
Ing. Luciano Zuccoli



**UO Medicina Preventiva del lavoro**

OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Rivalutazione dei giudizi di idoneità di dipendenti con limitazione (in collaborazione con UO Infermieristica)	Numero giudizi rivalutati	numero 50 giudizi	15
Mantenimento del n. di accertamenti per esterni negli Ambulatori di Medicina del Lavoro	Numero di accertamenti del 2015	comparazione con i dati 2015	15
Valutazione stress lavoro correlato nei reparti dell'AOUP	Numero di valutazioni completate	numero 5 reparti	15
Rendicontazione per allegato 3B con i dati delle prestazioni 2015	Relazione sulle prestazioni effettuate nel 2015	Invio della comunicazione nei tempi previsti	10

55

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

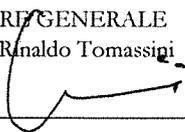
DIRETTORE Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi

DIRETTORE UO  
Dott. Alfonso Cristaudo

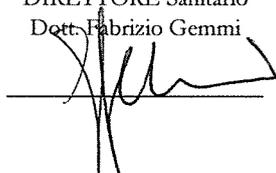
DIRETTORE di Area  
Ing. Luciano Zuccoli

DO Fisica Sanitaria			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Revisione delle procedure operative di radioprotezione per il percorso clinico del melanoma uveale	Entro 2016	100%	30
Test di accettazione e verifiche dosimetriche del nuovo sistema Dosimetry Check per la dosimetria "in vivo". Analisi e ottimizzazione delle procedure di acquisizione delle immagini portali e della procedura di calcolo.	Entro 2016	100%	30
			60

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



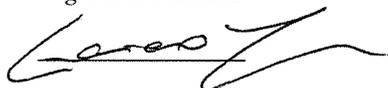
DIRETTORE Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE UO  
Dr. Antonio Tramo



DIRETTORE di Area  
Ing. Luciano Zuccoli



U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE DAL RISCHI			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Redazione DUVRI	Redazione di tutte le richieste 2016	100%	20
Evasione Pratiche Malattie Professionali	Evasione di tutte le Pratiche 2016	100%	20
Realizzazione Corsi Antincendio	Realizzazione 8 Corsi Rischio Elevato, 2 Rischio Medio, 2 Rischio Basso	100%	15

55

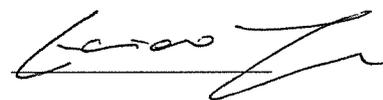
DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

---

DIRETTORE Sanitario  
Dott. Fabrizio Gemmi



DIRETTORE UO  
Ing. Luciano Zuccoli



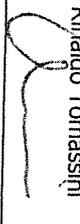
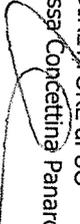
**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

02/08/2016

DEF. Gruppo				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	RILEVANZA RIPC
Revisione delle procedure di fatturazione prestazioni verso pubblico e privato e di fatturazione internazionale (esclusa la Libera professione)".	Adozione su format qualità	Relazione a RPC	20	SI
Formalizzazione regolamento (o altra forma IA/PA) "Recupero economico di prestazioni di Pronto Soccorso erogate a cittadini stranieri".	Adozione su format qualità	Relazione a RPC	15	SI
Revisione procedura di rilascio codice STP "Straniero Temporaneamente Presente" e codice ENI "Europeo non iscritto" con riferimento ai soggetti preposti e ai sistemi da utilizzare.	Nuova Adozione su format qualità	relazione conclusiva alla Direzione Aziendale	10	
Pianificazione entro il 31/7/2016 del processo di completamento passaggio reparti all' utilizzo del CUP GSA (dal GST) per consentire l' avvio del nuovo CUP 2.0 (entro marzo 2017).	Passaggio a GSA di n° 54 UU.OO. (100%) entro marzo 2017	Relazione sull'attività svolta	5	
Completamento passaggio reparti a CUP GSA nella percentuale stabilita nella pianificazione.	Trasferimento a Cup GSA di n° 27 UU.OO. (50%) entro il 31/12/2016	Relazione sull'attività svolta	30	

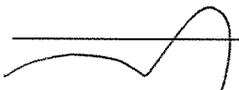
**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

02/08/2016

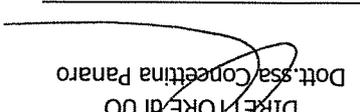
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	RISORSA PIPC
Attuazione nuove modalità operative per la fatturazione internazionale di farmaci e di prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero coerentemente con la nuova procedura.	Indicazione n° fatture emesse per attività ambulatoriale e di ricovero	Relazione sull'attività svolta	10	
Progettazione cruscotto di monitoraggio della fatturazione in corso di esercizio.	Progetto e condivisione con la Direzione Aziendale entro il 30/09/2016 Cronoprogramma	condivisione con la Direzione Aziendale entro 30/09/2016	10	
			100	
<p style="text-align: center;">DIRETTORE GENERALE Dott. Carlo Rinaldo Tomassini</p> 	<p style="text-align: center;">DIRETTORE Amministrativo Dott. Carlo Milli</p> 	<p style="text-align: center;">DIRETTORE di UO Dott.ssa Concettina Panaro</p> 		

UO Gapao Comparto RAB

UO Gapao Comparto RAB			
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Utilizzo del GSA nelle UU.OO. oggetto di pianificazione	Monitoraggio sul corretto inserimento dati nel GSA	Relazione a Direttore U.O.Gapao	50
Attivazione segreterie dipartimentali e accettazioni ambulatoriali alla luce dei nuovi DAI	Numero segreterie dipartimentali e accettazioni DAI attivate	Relazione a Direttore U.O.Gapao	50

  
 DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini

  
 DIRETTORE Amministrativo  
 Dott. Carlo Milli

  
 DIRETTORE di UO  
 Dott.ssa Conetina Panaro

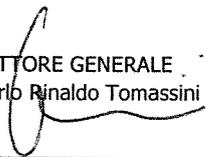
AZIENDA  
 OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
 PISANA  
**Budget 2016**

29/07/2016

U.O. Innovazione e sviluppo dei processi				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	rilevanza anticorruzione
Realizzazione all' interno di BO di una reportistica ad hoc sul percorso chirurgico in colla borazione con la U.O. CDG	- studio fattibilità entro il 31/11/2016 - schema del prototipo entro il 31/12/2016	studio di fattibilità e prototipo: SI/NO	20	
Elaborazione di un report di programmazione e monitoraggio del processo di redazione e aggiornamento delle distinte base	reportistica SI/NO	produzione reportistica periodica	40	
Acquisizione del consenso informato al dossier sanitario tramite firma grafometrica	presenza consensi digitalizzati nel dossier sanitario	100%	40	

100

DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



DIRETTORE  
 Dott. Marco Nerattini



**AZIENDA  
OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA  
PISANA**

a

**STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE**

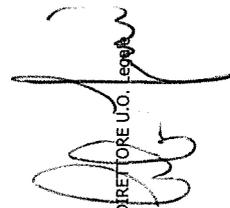
U.O. LEGALE			
OBIETTIVI	INDICATORE	Valore Atteso	PESO
<p>Avvio del processo di revisione/semplificazione dei flussi informativi strumentali alla difesa in giudizio anche in funzione delle esigenze emerse a seguito della operatività del processo telematico.</p>	<p>Analisi dei bisogni informativi correlati alle scadenze processuali e alla materia oggetto del contenzioso con presentazione alla Direzione Aziendale entro il 31.12.2016 di una piattaforma iniziale con indicazione del "cliente" interno proposto come centro di riferimento per la soddisfazione delle esigenze difensive dell'AOP ed individuazione anche dei soggetti /strutture che dovranno relazionare al centro di riferimento; ciò in funzione della attivazione nel 2016 da parte della Direzione aziendale di Tavolo Tecnico per l'adozione delle procedure. Trasmissione di quanto presentato alla Direzione all' U.O. Controllo di Gestione entro il 28/2/2017.</p>	100%	60
<p>Analisi dei flussi informativi correlati alla richiesta di patrocinio legale da parte di dipendente ed assimilato con proposta alla Direzione aziendale di procedura conseguente.</p>	<p>Presentazione alla Direzione aziendale entro il 30.9.2016 di piattaforma iniziale con individuazione dei soggetti/strutture interessate in funzione della successiva attivazione da parte della Direzione del Tavolo Tecnico entro il 15.10.2016. Partecipazione ai lavori del tavolo Tecnico che sarà coordinato dalla Direzione aziendale. Analisi delle varie ipotesi con tavolo tecnico e trasmissione proposta procedura alla Direzione entro il 31.12.2016; trasmissione della stessa all' UO Controllo di Gestione entro il 28/2/2017.</p>	100%	40

100

firma DIRETTORE GENERALE



firma DIRETTORE U.O. LEGALE



**AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
PISANA  
Budget 2016**

Piano Marketing/ Programmi Speciali e Convenzioni Attive				
OBIETTIVI PROPOSTI	INDICATORE	STANDARD	PESO	Rilevanza anticorruzione
obiettivo PTPC-Misure Specifiche: definizione procedura per la regolamentazione delle attività relative ad eventi formativi autorizzati e svolti da soggetti terzi in strutture aziendali.	relazione al Controllo di Gestione circa l'avvenuta elaborazione e presentazione alla Direzione Aziendale	presentazione della bozza di procedura alla Direzione Aziendale	20%	si
revisione ed aggiornamento del vigente regolamento aziendale per l'accettazione delle donazioni	relazione al Controllo di Gestione in merito alla revisione del vigente regolamento sulle donazioni	predisposizione bozza regolamento accettazione donazioni e successiva presentazione della proposta di delibera alla Direzione Aziendale per l'adozione	20%	
PROGETTO 5 x MILLE: sviluppo del progetto per poter donare il 5 per mille della dichiarazione dei redditi ad AOUTP (una volta ottenuta l'autorizzazione ministeriale)	relazione al Controllo di Gestione a riscontro dell'avvenuta diffusione nell'arco di tre mesi dall'autorizzazione	diffusione sul sito web aziendale, mediante ufficio stampa, cartellonistica e quotidiani locali nell'arco di tre mesi dall'autorizzazione	10%	
presentazione schema di convenzione <i>omnibus</i> per prestazioni di BRANCA K con ASL TOSCANA NORD OVEST	relazione al Controllo di Gestione circa l'avvenuta elaborazione e presentazione alla Direzione Aziendale	presentazione proposta schema di convenzione alla Direzione Aziendale entro il 31.10.2016	30%	
elaborazione e presentazione di procedura aziendale per la gestione delle convenzioni attive	relazione al Controllo di Gestione circa l'avvenuta elaborazione e presentazione alla Direzione Aziendale	presentazione della procedura alla Direzione Aziendale entro il 31.12.2016	20%	
			<b>100%</b>	

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Ripabello Tomassini

DIRETTORE  
Dott.ssa Franca Botrini

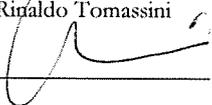


## BUDGET 2016

Unità Professionale Percorso Responsabilità Civile e Rapporti Assicurativi			
OBIETTIVI	INDICATORE	STANDARD	PESO
Ricognizione sinistri aperti su polizza carige ricadenti nelle annualità pregresse.	Breve relazione con allegato file excel	si/no	30
Predisposizione modulistica e bozza di regolamento per la gestione del conflitto di interesse nella trattazione dei sinistri a gestione diretta.	Realizzazione modulistica e bozza di regolamento	si/no	30
Ricognizione richieste risarcimento (sinistri) ricadenti nel primo triennio di gestione diretta (anni 2010, 2011 e 2012) con riguardo ai casi non ancora definiti.	Breve relazione con allegato file excel	si/no	40

100

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Rinaldo Tomassini



RESPONSABILE  
Dott.ssa Carmela Tassoni

