

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2014



Pisa 30/06/2015

Indice

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

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

1. Premessa

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

Il ciclo della Performance per l'anno 2014 ha avuto inizio con la predisposizione, per la prima volta, del Piano delle Performance 2014–2016 nel quale sono stati definite le linee strategiche generali dell'azienda e gli obiettivi da raggiungere per l'anno 2014. Il Piano è stato verificato dall'OIV e adottato con delibera n. 56 del 31 gennaio 2014 ed, infine, pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda alla voce "amministrazione trasparente", sottosezione "[performance](#)".

Sulla base del piano e delle successive linee di indirizzo regionali sono state predisposte le schede di budget per le strutture organizzative dipartimentali sanitarie e per le strutture tecnico professionali e amministrative ed è stata avviata la negoziazione che si è conclusa entro il mese di Marzo.

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

Le schede di budget sono state recepite con delibera n. 348 del 11 aprile 2014 e pubblicate in amministrazione trasparente, sottosezione "[performance](#)".

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

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

Dall'altra, nel mese di Luglio e nel mese di Dicembre la Direzione si è incontrata con i responsabili del budget per discutere gli andamenti, verificare gli scostamenti, provvedendo in taluni casi ad una modifica/integrazione degli obiettivi di budget che è stata poi successivamente formalizzata con delibera n. 1260 del 23 dicembre 2014 (visionabile sempre nella sottosezione "[performance](#)").

L'azienda, come chiusura del ciclo della performance, ha elaborato la presente relazione che rendiconta sulla performance organizzativa aziendale nel suo complesso, risultante nel sistema di misurazione e valutazione elaborato da Laboratorio Management e sanità, e sul grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali fissati nel piano. Infine riporta i risultati degli obiettivi operativi individuati nel budget.

Per quanto riguarda i risultati della valutazione individuale dell'anno 2014, essendo il processo di raccolta delle schede ancora in corso e non essendo ancora state formalizzate le risorse disponibili sui fondi, verrà dato conto nell'apposita sezione dell'Amministrazione trasparente dedicata ai dati relativi alla distribuzione dei premi di produttività denominata "[Dati relativi ai premi](#)", una volta completata la liquidazione per l'anno 2014.

La presente relazione viene sottoposta per la validazione all'OIV, i cui componenti sono stati nominati con delibera n.62 del 21 gennaio 2013 ([clicca qui](#) per approfondimenti). La validazione dell'OIV è pubblicata nell'apposita sezione "[documento OIV di validazione della relazione sulla performance](#)".

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

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

Tra gli obiettivi assegnati dalla Regione Toscana alle aziende sanitarie, con DGRT 1164 del 23/12/2013, visionabile sempre nella sezione relativa alla “[performance](#)”, viene sancita, come per gli scorsi anni, la valutazione dei risultati dell'azienda nel suo complesso espressa dal posizionamento rispetto al bersaglio Mes.

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

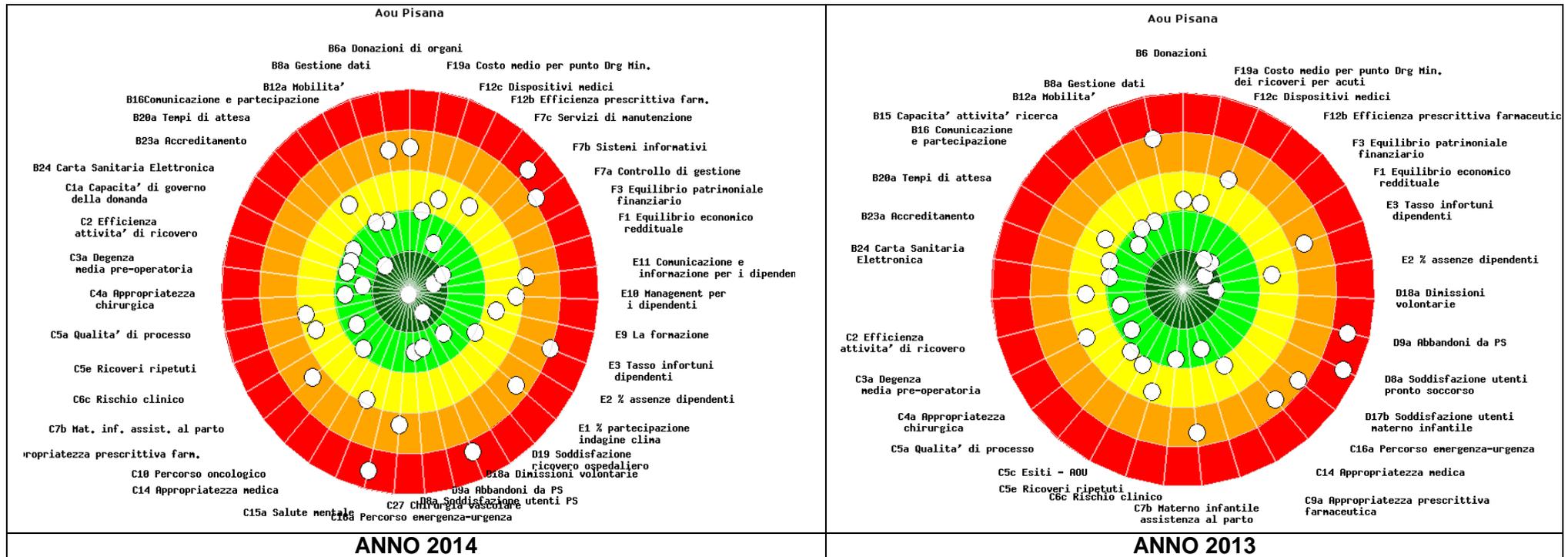
Il bersaglio evidenzia cinque diverse fasce di valutazione rappresentate da settori circolari. Una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro. Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde, fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa. quando la performance è sotto l'unità 1.

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

Relativamente al posizionamento dell'Azienda si riporta il bersaglio relativo all'anno 2014 e quello relativo all'anno 2013

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



A seguire sono riportati i valori assunti dagli indicatori di sintesi riportati nei bersagli e la valutazione corrispondente attribuita, relativamente a quelli che sono stati sviluppati sia nell'anno 2013 che nell'anno 2014 al fine di evidenziare il trend. L'andamento nel biennio mostra una sostanziale stabilità in termini di posizionamento nelle fasce in cui si articola il bersaglio con alcune punte di miglioramento:

- soddisfazione utenti del pronto soccorso (indicatore D8a) che trova supporto indiretto nel miglioramento degli indicatori relativi ai tempi di attesa (paragrafo 4, punto 4); tale risultato è dovuto non solo ad un incremento del numero degli operatori e dei posti letto da dedicare alle urgenze ma anche e soprattutto all'introduzione di una nuova organizzazione del lavoro basata su un sistema "a cellule" (ogni cellula è composta da 1 medico, 1 infermiere e 1 OSS) che prevede l'organizzazione di aree di lavoro autonome, fornite di tutti i materiali, dispositivi e farmaci affinché il personale possa concentrarsi sull'attività assistenziale in maniera continua e "dedicata";
- degenza media preoperatoria (indicatore C3a);
- accreditamento (indicatore B23a). Nel corso dell'anno 2014 i Gruppi di Verifica dei Valutatori della Regione Toscana hanno effettuato le verifiche sul DAI Materno-Infantile, riconoscendo l'accreditabilità della struttura, ottenendo un pregevole risultato, superiore al 90% (soglia minima 70%) per tutti e quattro i percorsi verificati (pediatrico, neonatale, chirurgico ed oncologico), Centro Trasfusionale, con esito positivo e Officina Trasfusionale (inizio dicembre 2014 e nel corso del 2015 terminata con esito positivo);

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| Indicatori di sintesi 2014 e 2013 | Valore Aou Pisana | Fascia di valutazione e punteggio attribuito dal mes | Anno |
|---|--|--|------|
| E3 - Tasso infortuni | 4,88 x 100.000 | 1,64 | 2013 |
| | 5,59 x 100.000 | 1,02 | 2014 |
| E2 - Percentuale assenze dipendenti | 6,96% | 2,65 | 2013 |
| | 7,04% | 2,99 | 2014 |
| D8a - Soddisfazione utenti Pronto Soccorso | 64,06% | 0,36 | 2013 |
| | 71,26% | 3,56 | 2014 |
| C9a - Appropriatazza prescrittiva farmaceutica | Media di più indicatori: | 3,42 | 2013 |
| | | 3,13 | 2014 |
| C2 – efficienza attività di ricovero (indice di performance degenza media) | - 0,55 gg degenza | 3,33 | 2013 |
| | - 0,19 gg degenza | 3,25 | 2014 |
| C5a – Qualità di processo | Media di più indicatori: | 2,90 | 2013 |
| | % fratture per il femore operate in 2 g % riparazione valvola mitrale ecc.. | 2,19 | 2014 |
| C5e – Ricoveri ripetuti | 9,19% | 2,27 | 2013 |
| | 9,13% | 2,34 | 2014 |
| C6c- Rischio Clinico | Media di più indicatori: | 3,21 | 2013 |
| | | 3,38 | 2014 |
| C7b – Materno Infantile Assistenza al parto | Media di più indicatori: % parti cesarei, % parti indotti, ecc.. | 1,33 | 2013 |
| | | 1,67 | 2014 |
| C14 - Appropriatazza Medica | Media di più indicatori: | 2,78 | 2013 |
| | | 2,11 | 2014 |
| C4a- Appropriatazza chirurgica | Media di più indicatori: | 3,31 | 2013 |
| | | 3,28 | 2014 |
| C3a- Degenza media preoperatoria (C3.1 Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno) | 1,27 gg di degenza | 2,19 | 2013 |
| | 0,89 gg di degenza | 3,74 | 2014 |
| B23a- Accredimento (B23.6- Percentuale media requisiti raggiunti nelle Strutture Organizzative Funzionali verificate) | 84,69% | 2,95 | 2013 |
| | 91,37% | 4,1 | 2014 |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| Indicatori di sintesi 2014 e 2013 | Valore Aou Pisana | Fascia di valutazione e punteggio attribuito dal mes | Anno |
|--|-------------------------|--|------|
| B20a- Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche | 52,26% | 2,61 | 2013 |
| | 54,77% | 2,32 | 2014 |
| F19a- Costo medio per punto Drg Ministeriale dei ricoveri per acuti | 4.257,64 Euro | 2,77 | 2013 |
| | 4.059,35 Euro | 3 | 2014 |
| F12c- Dispositivi medici | Media di più indicatori | 1,98 | 2013 |
| | | 2,6 | 2014 |
| F12B – Efficienza prescrittivi farmaceutica | Media di più indicatori | 4,06 | 2013 |
| | | 3,66 | 2014 |
| F1 – Equilibrio economico reddituale | Media di più indicatori | 4,34 | 2013 |
| | | 4,34 | 2014 |
| F3 –Equilibrio patrimoniale finanziario | Media di più indicatori | 4,02 | 2013 |
| | | 4,02 | 2014 |

3. Obiettivi strategici : risultati raggiunti e scostamenti

Per le aree strategiche di intervento - coinvolgenti tutte le strutture sanitarie e amministrative aziendali –, individuate per l'anno 2014 nel Piano della Performance, si riportano i risultati raggiunti in formato tabellare

1) Mantenimento dell'equilibrio economico

| Obiettivo | 2014 | Risultato | valutazione |
|--|---|--|-------------|
| Mantenimento delle condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema Azienda | -chiusura del bilancio in pareggio; -rispetto indicatori Mes specifici | In attesa dell' adozione del bilancio anno 2014: Gli indicatori del bersaglio sopra confrontati si riferiscono rispettivamente ai dati dell'anno 2012 e 2013 | |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| | | | |
|---|--|--|---|
| Conclusione del percorso di certificazione del bilancio (obiettivo qualitativo) | -acquisizione certificazione | In data 11/12/2014 la società di revisione del bilancio Pricewaterhouse&Cooper ha rilasciato la relazione al bilancio 2013, certificando lo stesso. |  |
| Mantenimento del livello dei consumi beni sanitari ai livelli di spesa del 2013 e riduzione scorte di reparto | -confronto consumi per singolo DAI desunti dalla contabilità analitica rispetto a quelli sostenuti nel 2013, tenuto conto dei livelli di produzione e dei relativi andamenti | il consumo dei beni sanitari (dispositivi, diagnostici, farmaceutica, depurati del costo dei prodotti antiblastici) è cresciuto del 3% rispetto al 2013, accompagnato da un aumento dell'1,41% del valore complessivo della produzione gestionale (valore ricoveri, prestazioni e fed). L'aumento del consumo dei beni è legato al variare della composizione della produzione nell'ambito della quale si è rilevato un aumento dei ricoveri di altissima specialità (v.paragrafo 4) e un aumento della produzione ambulatoriale ad alto costo, tra cui la PET cresciuta di oltre il 160% rispetto al 2013 |  |
| | -livello scorte di reparto al 31.12.04 ad 1/3 di quelle presenti al 31.12.13 | I valori delle scorte al 31.12.14 sono superiori a quelli del 2013, elemento da ricondurre ad un "atteggiamento prudentiale" delle strutture che hanno fatto scorte per garantire la continuità dell'assistenza, stante l'imminente riorganizzazione ESTAV/ESTAR |  |
| Contenimento della spesa del personale entro la spesa per l'anno 2004 diminuita dell'1,4% | confronto costo del personale con il tetto | Nel 2014 la spesa del personale è stata contenuta attestandosi su un valore del 3% inferiore a quello del tetto |  |

2) Sviluppo ICT

| Obiettivo | 2014 | Stato di avanzamento 2014 | Valutazione |
|---|--|--|---|
| Progetto "Pleiade" : Fascicolo sanitario elettronico ogni medico ed infermiere sarà posto in grado di avere rapidamente, ed in modo completo, tutte le informazioni relative alla storia clinica del paziente. Sperimentazione in Ematologia, in Chirurgia Bariatrica e nel Centro Clinico di Senologia : accesso a tutti i referti, riempimento automatico della modulistica, accesso ai dati clinici da qualsiasi punto dell'ospedale | Sperimentazione in Ematologia, in Chirurgia Bariatrica e nel Centro Clinico di Senologia : accesso a tutti i referti, riempimento automatico della modulistica, accesso ai dati clinici da qualsiasi punto dell'ospedale | La cartella clinica ed infermieristica è stata completata nelle sue funzioni di base e viene usata in numerosi reparti dell'azienda, oltre a quelli definiti nel piano, consentendo ai clinici e a tutti gli operatori abilitati al suo utilizzo di disporre della documentazione sanitaria da qualsiasi punto di accesso alla rete presente in azienda. |  |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Progetto “Elis laboratorio”: semplificazione accesso alle prestazioni dell’ospedale o delle Asl. Da casa o all’ambulatorio del medico di famiglia si potranno scegliere la sede, la data e tutta una serie di servizi accessori relativi al tipo di prelievo richiesto. Il cittadino accederà direttamente al prelievo presentando un voucher a seguito della prenotazione precedentemente effettuata</p> | <p>Il cittadino accederà direttamente al prelievo presentando un voucher a seguito della prenotazione precedentemente effettuata</p> | <p>Lo strumento è stato completato e sono state eseguite le prove di test recuperando direttamente dal web l’NRE (numero ricetta elettronica) generato dai MMG che utilizzano già un sistema di prescrizione elettronica. Le funzionalità dello strumento consentono la prenotazione degli esami con la scelta del presidio o del giorno e dell’ora di erogazione. L’uso diretto da parte dei cittadini è stato però posticipato, in accordo con i responsabili regionali dei processi di dematerializzazione della ricetta. Il sistema che comunque è già operativo vedrà la sua piena attuazione nel corso del 2015.</p> |  |
| <p>Progetto “Elis ambulatorio”: prenotare visite specialistiche (sede e data) dall’esterno dell’ospedale direttamente con il proprio medico di famiglia oppure sfruttando il web aziendale via PC o tramite l’App. Predisposizione della struttura informatica per la prenotazione delle visite specialistiche ed integrazione con i gestionali aziendali</p> | <p>Predisposizione della struttura informatica per la prenotazione delle visite specialistiche ed integrazione con i gestionali aziendali.</p> | <p>Il sistema è operativo ed in grado di interfacciarsi con i gestionali aziendali per cui è stata completata la predisposizione della struttura informatica per la prenotazione. Per il suo utilizzo in produzione si attende uno start up, in accordo con la Regione Toscana, per le stesse ragioni espresse per Elis Laboratorio.</p> |  |
| <p>Rispetto delle scadenze e della qualità e completezza nell’invio dei flussi informativi Rispetto dei requisiti di tempistica e di qualità – verifica da indicatori Laboratorio Mes</p> | <p>Essendo ancora in corso di elaborazione gli indicatori MES, si riportano gli esiti di alcuni indicatori contenuti nel monitoraggio elaborato dalla Regione Toscana sul 2014 relativo alla “tessera sanitaria, indicatori di qualità e criticità” relativamente alla qualità e completezza dei dati relativi al flusso SPA e SDO. Sul <u>flusso SDO</u> la RT elabora 3 indicatori per ciascuna struttura: Indicatore relativo alla compilazione dei campi (titolo di studio, causa esterna, data di prenotazione e classe di priorità) ove la percentuale raggiunta di campi validi è il 99,3% a fronte della soglia stabilita pari a >= 95% Media pesata errori, indicatore di qualità inerente alcune variabili del flusso (residenza, date, diagnosi, procedure), ove l’Azienda ha raggiunto lo 0,000% ottenendo una performance buona (soglie stabilite: sufficiente >0,01% - 0,03% e buona se <= 0,01%) Indicatore relativo alla validità dei campi: titolo di studio, causa esterna, data di prenotazione e classe di priorità, ove l’Azienda ha raggiunto una percentuale di campi validi buona, pari al 98,7%, a fronte delle soglie stabilite (sufficiente >=80% - 90% e buona se <= 90%) Per le valutazioni di completezza del <u>flusso SPA</u>: - la valutazioni di completezza effettuata come percentuale sui volumi trasmessi entro il primo invio del mese di competenza rispetto ai volumi complessivi dello stesso mese di riferimento dell’anno precedente colloca l’azienda su un valore basso rispetto alle altre (60%); - La valutazione della qualità dei dati effettuata sul confronto tra le percentuali mensili delle ricette senza errore relative all’attività di competenza del mese di dicembre 2014 e le percentuali annuali del periodo gennaio-dicembre 2014 colloca l’azienda sopra la soglia del 95% stabilita regionalmente confrontando il valore mensile con il valore annuale - sugli indicatori relativi ai volumi e qualità delle ricette ci attestiamo sempre ben al di sopra della soglia regionale di riferimento (% ricette ssn/ ricette con accesso:01-02-03, pari a 95,03%; % ricette SSN corrette, pari al 99,20%) o al di sotto (% ricette ssn con importo totale prestazioni a compensazione non corretto rispetto al totale pervenuto, pari allo 0,07%); - modifiche dei dati già trasmessi da parte dell’Aziende: nel 2014 sul complessivo delle ricette la percentuale di sostituzione delle ricette rispetto all’inviato è pari a 19,83%; valore evidenziato nel report come performance non buona rispetto alle altre aziende; Complessivamente la scadenza, qualità e completezza dei flussi è raggiunta con qualche area da migliorare stante la complessità degli applicativi che stanno alla base del flusso spa.</p> |  | |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Semplificazione per gli utenti e gli operatori delle procedure di accesso alle prestazioni sanitarie e abbattimento degli errori di registrazione per la qualità dei dati di attività aziendali attraverso la diffusione del sistema di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (GSA) e del sistema Order Entry</p> | | <p>Mediante le azioni di intervento e la diffusione del GSA (l'introduzione del sistema Order Entry è stata sospesa per puntare sul progetto pleiade) si sono semplificate le operazioni di accesso e la qualità dei dati delle attività aziendali è fortemente migliorata. In particolare sul flusso SPA il valore dell'errore nel 2014 rispetto a quello del 2013 si è ridotto dell'82% attestando la qualità del dato inviato e il valore dello scarto 2014 si è ridotto del 44%, attestando un miglioramento nelle procedure che presiedono all'accesso e alla prenotazione delle prestazioni ambulatoriali. Il flusso SDO, nonostante l'introduzione di un nuovo applicativo durante il 2014, si è chiuso senza errori</p> |  |
|---|--|---|---|

3) Comunicazione con gli *stakeholder* e con il personale interno

| Obiettivo | 2014 | Risultato | Valutazione |
|---|---|---|---|
| <p>Progetto “Elis dacci un voto”: strumento per fornire agli utenti la possibilità di esprimere in maniera anonima le proprie valutazioni, via web, sul servizio appena ricevuto, utilizzando lo stesso applicativo per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (Elis ambulatorio e laboratorio)</p> | <p>Attivazione e diffusione dello strumento a tutte le strutture</p> | <p>Lo strumento è attivo ed è stato testato dal punto di vista operativo. La messa in produzione per l'utilizzo da parte dell'utenza è demandato all'attivazione del progetto Elis ambulatorio</p> |  |
| <p>Implementazione di progetti e/o attività finalizzati ad una corretta informazione e gestione assistenziale del paziente alle dimissioni, sviluppando anche delle verifiche sulla soddisfazione degli stessi utenti interessati</p> | <p>-somministrazione questionari - attivazione totem hall d'ingresso informativi per la consultazione del proprio fascicolo sanitario</p> | <p>Per una corretta informazione degli utenti sul sito è presente l'assetto dipartimentale assistenziale all'interno del quale sono presenti pagine dedicate alle informazioni di orientamento per ciascuna struttura assistenziale che compone i dipartimenti stessi. Tali informazioni costituiscono anche la traccia di riferimento sulla base del quale le singole articolazioni organizzative sviluppano, in forma decentrata, propri fogli per l'accoglienza e la gestione del paziente alla dimissione. Sono attivi 5 totem hall nell'ospedale tramite i quali gli utenti possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuare autocertificazioni - dichiarare la fascia di reddito - visualizzare gli esiti degli esami ematici e radiologici - estrarre i dati con i propri dispositivi mobili. <p>Verifiche in proprio sulla soddisfazione degli utenti esterni sono in corso di sviluppo. Per l'anno 2014 sono state effettuate delle indagini dal Laboratorio Mes. Nel bersaglio troviamo l'indicatore D19 - Ricoveri ospedalieri che sintetizza l'esperienza degli utenti in termini complessivi e rispetto ad aspetti specifici del servizio (chiarezza di comunicazione, disponibilità, riservatezza) sul quale l'azienda ha ottenuto una valutazione buona (verde chiaro). Stessa valutazione, come già più sopra riportato, per l'indicatore D8a sulla soddisfazione utenti sul pronto soccorso.</p> |  |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | L'azienda poi si attiverà per sviluppare propri questionari di soddisfazione. | |
| Progetto "Smart ticket" : sistema di comunicazione tra la "zona del valore" e le strutture di supporto per segnalare i problemi e garantire una risposta al quesito, se non addirittura la soluzione del problema entro le 48 ore | sperimentazione del sistema con il coinvolgimento di tutte le strutture di supporto tecnico amministrativo | Il sistema è operativo e utilizzato/utilizzabile da tutte le strutture di supporto tecnico amministrativo |  |
| Condivisione del ciclo della performance | pubblicazione sul web, in Amministrazione trasparente, sezione performance, dei seguenti atti: 1) in sottosezione piano della performance: -delle delibere regionali di assegnazione degli obiettivi -della delibera aziendale di adozione schede di budget per una capillare diffusione degli obiettivi 2) in sottosezione relazione della performance: - la relazione annuale sugli esiti della performance, correlata al piano e gli esiti sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget delle singole articolazioni organizzative aziendali; | Publicati e visionabili in performance |  |

4) Miglioramento degli indicatori di performance dell'attività sanitaria

| Obiettivo | 2014 | Risultato | Valutazione |
|--|---|---|---|
| Miglioramento dei tempi di attesa | % prestazioni specialistiche cliniche e diagnostiche che rispettano i tempi definiti dagli obiettivi regionali: miglioramento del 10% | 2013 52,26% 2014 54,77% Nel biennio la percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni e la percentuale delle prestazioni di diagnostica per immagine prenotate entro 30 giorni, sul totale delle visite e prestazioni considerate dal mes, nonostante non sia stato raggiunto l'obiettivo, è migliorata del 5 %. |  |
| Incremento dei ricoveri ordinari di alta complessità | Aumento n.DRG con peso > 2,5 secondo percentuali definite in sede di budget in relazione all'andamento del 2013 | In sede di budget è stato richiesto l'aumento dell'alta e altissima specialità rispetto all'anno 2013 ma in considerazione dell'obiettivo aziendale di ridurre complessivamente l'attività di ricovero mediante interventi di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa è stato considerato centrato l'obiettivo in caso di aumento percentuale dell'incidenza dell'alta altissima specialità sulla produzione complessiva 2014 rispetto a quella del 2013. Risultato raggiunto, avendo l'azienda realizzato un incremento percentuale dei DRG di peso maggiore a 2,5 dello 0,02% rispetto al 2013. I ricoveri ordinari di Altissima Specialità, con Peso Medio dei DRG > 4 sono cresciuti (3.108 pari al 6,47% dell'intera casistica vs 3.045 pari al 6,41% del 2013). |  |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| Miglioramento dei tempi di attesa del Pronto soccorso | -% pazienti con codice giallo visitati entro 60 minuti: <3% -% pazienti con codice verde visitati oltre 2 ore:<3% -% pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza oltre 6 ore: <1,5% | 2013 34,67% 2013 23,98% 2013 20,37% | 2014 15,37% 2014 12,86% 2014 6,64% | Nonostante non si raggiunga il valore prefissato dalla Regione è evidente il netto miglioramento nel biennio dei tempi di attesa del pronto soccorso |  |
| Appropriatezza medica | - % di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica:<=15% | 2013 10,91% | 2014 27,50% | Il trend risultante dai dati del laboratorio Mes non mette in relazione dati omogenei, nel senso che i parametri di calcolo adottati sono stati cambiati nei 2 anni in maniera significativa. Nell'anno 2014 non vengono inclusi nel calcolo del denominatore i DH medici chemioterapici e di radioterapia e quelli legati alla riabilitazione; esclusione che non era stata fatta nel 2013. Applicando i criteri del 2013 nel 2014 la percentuale raggiunta è pari a 11,58 e quindi in entrambe le due annualità l'obiettivo di stare sotto la soglia del 15% è raggiunto |  |
| | - Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi :<=17% | 2013 19,39% | 2014 20,08% | |  |
| Efficienza attività di ricovero | -Indice di performance degenza media per acuti:<=-0,58 | 2014 -0,19 gg degenza | | |  |
| | -Tasso di occupazione posti letto:>85% | 2014 - 82,16%, dato che si spiega in relazione alla diffusione del modello della week Hospital | | |  |
| | -Degenza media pre-operatoria per ricoveri maggiori di 1 giorno:<1 | 2014 - 0,89 giornate di degenza | | |  |
| Appropriatezza chirurgica | -% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: miglioramento rispetto al 2013; | 2013 8,55% | 2014 8,22% | |  |
| | -% fratture femore operate entro 2 gg: >=80% | 2014 71,10% | | |  |
| | Indicatori di Esito AOU - Programma Nazionale Esiti (PNE - Agenas):>=0,1 | Non ANCORA elaborato dal mes in attesa del esiti del PNE-Agenas del 2014 | | | |
| Sistema di incident reporting | -Indice di diffusione degli Audit in strutture ospedaliere: 3 per struttura -Indice di diffusione delle M&M in strutture ospedaliere: 6 per struttura | Sono stati realizzati 814 MMR e 281 audit, con un incremento, riferito all'anno precedente, rispettivamente del 20 % e del 13%. | | |  |
| Percorso materno infantile | % di parti cesarei depurati (NTSV):<=22% | 2013 - 27,47% | 2014 - 26,93% | Non è stato raggiunto l'obiettivo ma si registra un miglioramento rispetto all'anno passato |  |
| | Attivazione rooming in | L'11 giugno 2014, al terzo piano dell'edificio 2 di S. Chiara che ospita le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia ad indirizzo oncologico, di Ostetricia e Ginecologia 2 e di Neonatologia, è stato attivato il rooming- in. | | |  |

5) Implementazione della trasparenza

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| Obiettivo | 2014 | Risultato | Valutazione |
|--|--|---|---|
| Attuazione programma triennale 2014-2016 per la trasparenza ed integrità | clicca qui per vedere la gli obiettivi sulla trasparenza | Gli obiettivi posti per il 2014 sono stati raggiunti e di quanto sopra è dato conto in apposita (Clicca qui per vedere la relazione) |  |

6) Legalità dell'azione amministrativa

| Obiettivo | 2014 | Risultato | Valutazione |
|--|--|---|---|
| Adozione della misure individuate nel piano della prevenzione per l'anticorruzione 2014-2016 | clicca qui per vedere le misure predisposte dal piano anticorruzione | Gli obiettivi posti per il 2014 sono stati raggiunti e di quanto sopra è dato conto in apposita relazione (Clicca qui per vedere la relazione) |  |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

7) Promozione del Marketing e del fundraising,

| | | |
|--|--|---|
| <p>Promozione del Marketing e del fundraising, quale strumento per la sostenibilità aziendale, puntando al reperimento di fondi (finalizzati anche al miglioramento delle tecnologie), attraverso l'attribuzione di specifiche funzioni di progettazione e redazione di un piano triennale di aumento dei ricavi con l'individuazione delle priorità di intervento (business plan).</p> | <p>Nel 2014 l'Azienda ha ripensato il proprio modello organizzativo per trovare soluzioni che meglio potessero far fronte alle esigenze di sviluppo di "ricavi propri", accompagnata da un adeguato supporto di marketing. La soluzione ha portato nel 2015 alla costituzione della struttura "U.O. Marketing. Progetti speciali e convenzioni attive" con le funzioni di ricercare opportunità e sviluppo delle attività aziendali tese all'incremento di ricavi propri e di gestione delle sponsorizzazioni e donazioni e contributi finalizzati da privati.</p> <p>Nel 2014 a funzioni invariate è stato aggiornato il regolamento sulle donazioni e sulle sponsorizzazioni, con l'obiettivo di meglio ridefinire i processi di reperimento di tali contributi. In attesa di verificare nel 2015 gli esiti di tale riorganizzazione che entrerà a regime nel 2016, si riporta alcune evidenze economiche.</p> <p>L'ammontare sul conto economico relativo a A.9.c) "altri proventi diversi" (composto da livelli, attività commerciali su fotovoltaico e distribuzione bevande) evidenzia un aumento del 137% (624.000 sul 2013 verso 1.482.000 sul 2014)</p> |  |
|--|--|---|

4. Obiettivi operativi assegnati nel budget: risultati raggiunti

Gli obiettivi assegnati in sede di budget per la parte sanitaria declinano parte delle linee strategiche aziendali individuate nel piano della performance, integrati con gli obiettivi assegnati dalla Regione Toscana con la richiamata delibera n. 1164 del 23/12/2013.

Di seguito si riportano le valutazioni finali (obiettivi, percentuale raggiunte e percentuale complessiva) derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e flussi informativi aziendali nonché dalla documentazione fornita dai direttori di struttura medesima, con le seguenti precisazioni.

- nella valutazione dell'obiettivo economico (contenimento dei costi dei beni sanitari entro il tetto fissato nel 2013), pesato 20 per tutti i DAI sanitari (ad esclusione del DAI 7 e 4 ove pesa per 30) nei casi in cui il valore dei costi ha superato quello del tetto, è stata considerata la percentuale di scostamento tra valore dei beni consumati e ammontare del tetto fissato nel dipartimento. Ove superiore al 5% e in assenza di un significativo aumento della produzione atto a giustificarlo o in mancanza di consumi specificatamente e preventivamente autorizzati dalla Direzione in misura superiore a quella realizzata nel 2013, l'obiettivo è stato considerato non raggiunto e sono stati attribuiti 0 punti. Ove lo scostamento è risultato inferiore a tale soglia il peso attribuito è stato proporzionato alla percentuale raggiunta.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

- la valutazione dell'indicatore CX (rapporto tra valore dei costi beni sanitari e valore produzione complessiva gestionale del dipartimento) finalizzata a verificare che il rapporto tra i costi e la produzione rimanesse invariato o migliorasse a fronte della richiesta di contenimento dei costi dei beni sanitari, cristallizzata nel primo obiettivo economico sopra descritto, è stata condotta confrontando il valore del CX realizzato da ciascun dipartimento nel 2014 rispetto a quello precedentemente realizzato nel 2013. A fronte di un valore del primo inferiore o uguale al secondo sono stati assegnati i 10 punti previsti altrimenti l'obiettivo è stato considerato non raggiunto (obiettivo ON/OFF);

Tra le criticità rilevate in ordine agli obiettivi non raggiunti, quello relativo alla chiusura delle schede di dimissione ospedaliera dei ricoveri ordinari entro un lasso di tempo non superiore a 5 giorni. Obiettivo considerato importante perchè rappresenta il presupposto necessario per poter tenere sotto controllo, dal punto di vista sia Aziendale che da parte degli stessi Dipartimenti, l'andamento delle attività e per poter verificare in tempi celeri la qualità e composizione della produzione onde poter intervenire, se del caso, con misure correttive. Tale obiettivo è stato riconfermato anche nel budget 2015. Tra gli obiettivi generalmente non raggiunti si registrano l'invio dei curricula da parte dei dirigenti alla struttura deputata a pubblicarli sul sito web e la mancata partecipazione all'indagine di clima interno condotta dal Laboratorio Mes; obiettivi a cui il singolo poteva fornire il proprio contributo fattivo. Migliori risultati si sono avuti in alcuni dipartimenti per gli obiettivi legati alla produzione (aumento dell'alta e altissima specialità nei ricoveri e aumento del volume/valore delle prestazioni ambulatoriali rispetto al 2013).

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

La valutazione delle strutture tecniche professionali e amministrative e delle strutture sanitarie non di linea è ancora in corso e sarà successivamente inserita.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

ESITI DAI SANITARI 2014

obiettivi 2014 - risultati DAI 1 Medicina di Laboratorio

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso ricalcolato | peso |
|--|---------------------------|------------------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 16,5 | 30,0 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 10 | | |
| Implementazione dell' accettazione informatica nei reparti tramite interfaccia "Order Entry" per i laboratori di analisi chimico - cliniche(entro dic. 2014 Relaz.DDAI) | soppresso nota 1) | | 15 |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 0 | 6,36 | 5 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 12,73 | 12,73 | 10 |
| Completamento del trasferimento delle attività nell' edificio predisposto per i laboratori di Anatomia Patologica. Entro sett_2014 80% | 20 | 25,45 | 20 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 12,73 | 10 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 12,73 | 10 |
| | tot peso raggiunto | 59,22 | 100 |

nota 1) OBIETTIVO soppresso in quanto è ancora in corso l'acquisizione della piattaforma order entry per cui il DAI di laboratorio non ha potuto implementare l'accettazione informatica nei reparti. Il peso dell'obiettivo è stato redistribuito sugli altri obiettivi (escluso l'economico di 30) proporzionalmente al loro peso

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 2 Cardio toraco vascolare

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-----------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 0 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 0 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 10 | 15 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 0 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 8 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 5 | 5 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 4 | 8 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| PRONTO SOCCORSO: a) % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre 12 ore: <1,5% (set. - dic) quindi il 98,5% dei pazienti deve essere visitato entro i 60 minuti | 10 | 10 |
| tot peso raggiunto | 42 | 100 |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 3 DEA

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|--------------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 18,44 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 0 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 7 | 7 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 5 | 5 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 5 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 8 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 8 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 6 | 6 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 2,1 | 3 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| PRONTO SOCCORSO: a) % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre 12 ore: <1,5% (set. - dic) quindi il 98,5% dei pazienti deve essere visitato entro i 60 minuti | 6,67 | 20 |
| PRONTO SOCCORSO: b)% pazienti con codice giallo visitati oltre 60 minuti: <3% (set. - dic) quindi il 97% dei pazienti deve essere visitato entro i 60 minuti | 6,67 | |
| PRONTO SOCCORSO: c) % pazienti con codice verde visitati oltre 2 ore: <3% (set. - dic) quindi il 97% dei pazienti deve essere visitato entro i 60 minuti | 0 | |
| tot peso raggiunto | 64,87 | 100 |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 4 Anestesia e Terapie intensive

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso ricalcolato | peso |
|---|---------------------------|------------------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 28,69 | 30 | 30 |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5,6 | 5,6 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 5,6 | 5 |
| Adeguamento della risposta anestesiológica in supporto ai DAI al fine di agevolare l'aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 (peso 15) Aumento Incidenza alta e altissima specialità (peso >=2,5)di periodo sui chiusi (peso 10) | 11,3 | 16,9 | 15 |
| Adeguamento della risposta anestesiológica in supporto ai DAI al fine di agevolare l'aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA | 5,6 | 5,6 | 5 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5,6 | 5,6 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 7,9 | 7 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 5,6 | 5 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | NOTA 1 | | 8 |
| Pianificazione chirurgica (Estensione della programmazione chirurgica) | 16,9 | 16,9 | 15 |
| | tot peso raggiunto | 73,79 | 100 |
| | | 100 | 100 |

(nota 1) dopo la revisione obiettivi con delibera 1260 è rimasto il refuso di un obiettivo (Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità), pari a 8 punti che sono stati redistribuiti sugli altri obiettivi (escluso l'economico di 30) proporzionalmente al loro peso

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 5 Gastroenterologia e malattie infettive

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-----------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 20 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 10 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 0 | 15 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 10 | 10 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 8 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 5 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 4 | 8 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| PRONTO SOCCORSO: a) % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre 12 ore: <1,5% (set. - dic) quindi il 98,5% dei pazienti deve essere visitato entro i 60 minuti | 5 | 5 |
| tot peso raggiunto | 62 | 100 |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 6 Oncologia dei trapianti e delle nuove tec.

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-----------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 0 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 10 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 8 | 15 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 12 | 12 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione | 0 | 8 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 5 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità (nota1) | 4 | 8 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 6 | 6 |
| tot peso raggiunto | 50 | 100 |

nota 1: valutazione effettuata considerando la complessità del dipartimento e la conseguente elevata numerosità dei pazienti classificati in classe A che rende difficoltoso, stante le risorse assegnate, trattarli entro i tempi di attesa previsti di tale classe

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 7 Radiodiagnostica, radiol.vascolare e interventistica e med.nucl

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso ricalcolato | peso |
|--|--------------|------------------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari (*) | 20,0 | 30 | 30 |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5,8 | 5,8 | 5 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 11,7 | 11,7 | 10 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione | nota 1 | | 5 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 11,7 | 11,7 | 10 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 5,8 | 5 |
| Miglioramento della capacità di lavorare in squadra e della comunicazione interna (da indagine MeS Clima interno) | nota 1 | | 5 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 11,7 | 10 |
| Pianificazione chirurgica (Estensione della programmazione chirurgica) | 23,3 | 23,3 | 20 |
| tot peso raggiunto | 72,50 | 100 | 100 |

nota 1: dopo la revisione con delibera 1260 è rimasto il refuso di un obiettivo sul MES: Miglioramento della capacità di lavorare in squadra e della comunicazione interna (da indagine MeS Clima interno) e l' obiettivo relativo alla chiusura SDO, irrilevante rispetto ad un dipartimento di servizi come questo, pari a 10 punti che sono stati redistribuiti sugli altri obiettivi (escluso l'economico di 30) proporzionalmente al loro peso

* lo scostamento dal tetto è giustificato dal forte aumento delle attività, soprattutto delle prestazioni di alta specialità, tra cui la PET aumentata di oltre il 150% rispetto al 2013

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 8 Neuroscienze

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-------------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 0 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 0 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 6 NOTA 1 | 12 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 5 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 8 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 3 | 3 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 5 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 4 | 4 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| PRONTO SOCCORSO: a) % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre 12 ore: <1,5% (set. - dic) | 9 | 9 |
| % pazienti che accedono a codice 56 da domicilio <5% (Numero di ricoveri in cod.56 non preceduti da ricovero acuto x 100/Numero di ricoveri in cod.56) | 0 | 5 |
| Tasso occupazione ppl>85% sui codici 56 | 5 | 5 |
| tot peso raggiunto | 40 | 100 |

punteggio assegnato tenuto conto che c'è stata l'interruzione del percorso dell'IPOFISI nel 2014 che ha impattato nella produzione dell'alta specialità, ove confrontata sul 2013 e che è in via di riorganizzazione nel 2015

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 9 Materno Infantile

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-----------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 20 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 0 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore $\leq 3\%$ del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso $\geq 2,5$) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso $\geq 2,5$) di periodo sui chiusi (peso 10) | 15 | 15 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 0 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: $\% > 90\%$) | 0 | 7 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 3 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 3 | 6 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| attivazione entro il 2014 rooming in | 10 | 10 |
| Riduzione al 26% numero parti cesarei depurato | 5 | 5 |
| tot peso raggiunto | 66 | 100 |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 10 Area Medica

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-----------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 0 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 0 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 15 | 15 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 5 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 8 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 5 | 5 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 5 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 8 | 8 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| PRONTO SOCCORSO: a) % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre 12 ore: <1,5% (set. - dic) | 10 | 10 |
| tot peso raggiunto | 51 | 100 |

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

obiettivi 2014 - risultati DAI 11 Muscolo Scheletrico

| Obiettivi Budget 2014 | Risultato | peso |
|--|-------------|------------|
| Mantenimento del tetto fissato nel budget 2013 per il consumo dei beni sanitari | 20 | 30 |
| Mantenimento Rapporto costi/ricavi CX | 10 | |
| Qualità registrazione prestazioni ambulatoriali a carico del SSN (% valore errore <=3% del valore produzione) | 5 | 5 |
| Aumento numero di DRG del 5% alta e altissima specialità (peso >=2,5) rispetto all' anno 2013 or Aumento incidenza alta e altissima specialità (peso >= 2,5) di periodo sui chiusi (peso 10) | 10 | 15 |
| Aumento del 2% del numero di prestazioni nel flusso SPA (Outpatients). Attraverso i seguenti meccanismi di : trasformazione della bassa specialità in day service; aumento presa in carico degli interni; aumento dei 1° accessi per le prestazioni in lista di attesa(Apertura agende). | 0 | 5 |
| Chiusura delle SDO entro 5 gg dalla data di dimissione (n° SDO chiuse nel dipartimento entro i 5 gg/n° SDO chiuse nel dipartimento: %>90%) | 0 | 7 |
| Volume attività istituzionale maggiore uguale ai volumi della attività in LP | 3 | 3 |
| % di risposta all'indagine di clima interno : partecipazione maggiore uguale al 60% di tutto il personale del DAI (dirigente e non) | 0 | 6 |
| elaborazione CV e invio a UOPGRU secondo le indicazioni contenute nel sito della trasparenza: invio del 100% di tutti i dirigenti SSN e Universitari del DAI | 0 | 3 |
| Piano rientro tempi di attesa ricoveri chirurgici coerenti con classi di priorità | 2,8 | 4 |
| Revisione agende Cup (eliminazione agende Cup non utilizzate e/o duplicate, accorpamento e riorganizzazione agende), nonché revisione e monitoraggio dei profili Utenti CUP, GST, GSA | 3 | 3 |
| % pazienti che accedono a codice 56 da domicilio <5% (Numero di ricoveri in cod.56 non preceduti da ricovero acuto x 100/Numero di ricoveri in cod.56) | 9 | 9 |
| Tasso occupazione ppl>85% | 0 | 10 |
| tot peso raggiunto | 62,8 | 100 |