Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : proroga dei vincoli definiti nel budget 2019.In relazione agli indirizzi regionali/aziendali saranno possibili revisioni in corso d'anno	costo 2020 ≤ budget 2019	Raggiunto l'obiettivo di contrarre il consumo dei dispositivi, stante la riduzione delle attività contingente al Covid-19	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia: rispetto volumi attività programmata nel 2020 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	volume utilizzo DAT 2020 effettivo≤ volume utilizzo DAT programmato 2020	Ripettata la programmazione dei volumi dell'attività fissata dalla direzione	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: Monitoraggio consumo diagnostici sui dipartimenti a maggior consumo (DAI Laboratorio, Specialità mediche, Anestesia, Emergenza urgenza, Materno Infantile. Area medica oncologica). Proroga dei vincoli definiti nel budget 2019.In relazione agli indirizzi regionali/aziendali saranno possibili revisioni in corso d'anno	costo 2020 ≤ budget 2019	Al netto costi per Covid-19, l'AOUP ha raggiunto l'obiettivo di ridurre il consumo dei diagnostici.	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	BIOSIMILARI Introduzione progressiva Biosimilare vs Originator 1) Utilizzo 100% NAIVE (in pazienti nuovi) e completamento switch su pazienti già in trattamento, escluse reazioni avverse 2) In caso di introduzione di nuove molecole, gli standard sono da definire in sede di concertazione con i clinici sulla base della letteratura e dei riferimenti regionali disponibili. (% NAIVE pazienti nuovi; tempistica e avvio switch su pazienti già in trattamento)escluso ADR	1a) = 100% escluso ADR 1b) = 0 2) SI/NO definizione standard e verifica del loro rispetto	Risultato raggiunto Utilizzo 100% NAIVE	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: RIDUZIONE della spesa mediante azioni mirate su gruppi ATC attenzionati nel DAI	e STRUTTURE a forte impatto sul DAI riduzione/mantenimento costi ATC individuati 2020 vs 2019 secondo le indicazioni aziendali/regionali	IG EV asp : anno 2020 non raggiunto (+ € 244.414) ; Myozyme : anno 2020 non raggiunto (+ €131.719); Tossine botuliniche: anno 2020 raggiunto (- € 43.719) Consumo ridotto rispetto all'anno precedente e pandemia Obiettivo ritenuto raggiunto	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: CONTENIMENTO dei costi secondo le indicazioni aziendali/regionali in corso di definizione	e STRUTTURE a forte impatto sul DAI riduzione/mantenimento costi individuati 2020 vs 2019 secondo le indicazioni aziendali/regionali	Raggiunto l'obiettivo di contrarre il consumo dei Farmaci	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: Monitoraggio finalizzato al contenimento del consumo di Brevibloc sacche	: mantenimento consumo medio mensile 2018	Risultato raggiunto Anno 2020 578 up Anno 2019 1019 up Diff : -437 up	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: Riduzione consumo albumina	nr. Richieste albumina con indicazione d'uso non comprese nel modulo aziendale/Nr tot di albumina <5%	Risultato raggiunto 2020 vs 2019: -14.890 gr (-9% vs 2019)	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale/DH tendenzialmente pari al flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) salvo diversità giustificata	Risultato raggiunto	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	istituzione DRUG DAY per : -durvalumab (uo Pneumologia) -aflibercept, cabazitaxel, eribulina, ipilimumab, ramucirumab, trabectedina, trastuzumab emtansine, vinflunina, durvalumab (UU.OO. Oncologia Univ/Osp) - daratumumab, elotuzumab, brentuximab, pixantrone (U.O.Ematologia)	100% entro sei mesi dall'assegnazione dell'obiettivo	Non attivato	
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	PNS: AZZERAMENTO PNS (Terapie Preparate e Non Somministrate) Monitoraggio preparazioni farmaceutiche finalizzate al contenimento della spesa per farmaci oncologici ad alto costo: Tutte le terapie ad alto costo gestite come programmate e/o in attesa conferma	Tendente a 0	Risultato considerato raggiunto per tutte le strutture interessate	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni e Carbapenemi Anno 2020: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2019	>= 5% obiettivo 100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% si valutano le singole strutture >=5% obiettivo=100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4%	Fluorochinoloni:-30% Carbapenemi:+11% L'obiettivo relativo ai carbapenemi, vista la sua formulazione e i suoi criteri di valutazione, per l'anno 2020 è stato annullato in ragione della nuova realtà infettivologica e del contesto pandemico sopravvenuto.	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACEUTICA Utilizzo PROGRAF solo in casi in cui non è possibile lo switch con allegata relativa relazione: UU.OO. Cdc 49111	n. confezioni PROGRAF su numero confezioni Prograf coerenti a relazioni =1	Risultato raggiunto nessun consumo	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: a)Prescrizioni di off label di farmaci oncologici in setting ricorrenti (definizione SETTING RICORRENTE: prescrizioni identiche e per identico impiego clinico di farmaci o combinazioni di farmaci al di fuori delle indicazioni registrate, per più pazienti) b)Farmaci innovativi o sottoposti a monitoraggio AIFA e/o accordi MEA	a) 0% (al netto delle terapie già in corso e autorizzate) b) tendente a 0	Tendende a 0 Risultato raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Inserimento in Legge 648 di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	pari al numeri di setting ricorrenti individuati	Risultato raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	uguale a 1	Risultato raggiunto	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	PCT: Azioni per favorire un'appropriata prescrizione delle richieste di PCT (procalcitonina) conforme alle linee guida (SIBIOC/SIPMEL) mediante: 1) Monitoraggio dei volumi di PCT 2) valutazione di appropriatezza della richiesta del reparto e della risposta del laboratorio	relazione alla direzione sugli scostamenti evidenziati dalla Reportistica prodotta	Relazione dettagliata sulla messa a regime del monitoraggio dei volumi di PCT e delle richieste di appropriatezza	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Protocolli Diagnostici Innovativi: Definizione di un processo di presentazione e validazione di protocolli congiunti tra le strutture diagnostiche e cliniche finalizzate all'introduzione di nuove metodologie diagnostiche	SI/NO	Risultato raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Anatomie patologiche: progettazione linee di indirizzo condivise tra le strutture per gli esami riguardanti identico organo anatomico/patologia con professionalità acquisite negli ultimi 3 anni, in modo da costituire un pool unico di professionisti	SI/NO	Risultato raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA DI ACCESSO ICU: A) Monitoraggio degli accessi in TI PESATURA DELLA COMPLESSITA' secondo le classi di APPROPRIATEZZA INTERNE AL DIPARTIMENTO B) Potenziamento Recovery Room Favorire l'utilizzo appropriato dei setting assistenziali a maggiore intensità mediante potenziamento dei servizi di Recovery room c/o BO Ed.30 Il passaggio in RR disposto dai medici anestesisti libera letti c/o degenze intensive.	A) Analisi sistematica della reportistica definita con UO CDG B) Classi Appropriatezza DRG chirurgici -DRG Chirurgici: Nro accessi - SUB INTENSIVI riduzione -DRG Chirurgici: Nro accessi - A rischio inappropriatezza di setting riduzione -DRG Chirurgici: N.ro accessi Appropriati Mantenimento/incremento A) B) Relazione con evidenze del Direttore del Dipartimento	Stante i pesanti vincoli imposti ai reparti dipartimentali dalla gestione dei pazienti Covid e dalle misure di contenimento della diffusione dLe virus che ha limitato l'attività chirurgica , l'obiettivo per l'anno 2020 si considera raggiunto ritenendo giustificata la collocazione dei pazienti laddove inappropriata per tipologia e setting ma giustificata per urgenza di trattamento Risultato raggiunto	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione tempi di attesa prestazioni Radiodiagnostica linea ambulatoriale II accesso A) Revisione / Riorganizzazione offerta di Prestazioni Radiologiche disponibili per esterni ed interni nell'ambito del progetto di revisione del sistema vigente di assegnazione degli slots. B) Ottimizzare l'accesso alla Diagnostica Pesante (TC e RM) C) Tempestività di esecuzione offerta con pesatura rispetto alla complessità delle indagini	Revisione volume slots disponibili entro il 30/09/2020	La riorganizzazione conseguente la pandemia ha determinato il riassorbimento delle liste di attesa e il recupero dei Pazienti in stand by in attesa di eseguire esami. La richiesta per i Pazienti in classe A in particolare oncologici è stata evasa senza ritardo. La revisione ha interessato l'ampliamento di sedute Eco TC e RM per consentire il recupero delle liste di attesa. Risultato raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione Tempi di Refertazione: esami di LABORATORIO Genetica	VALUTAZIONE STRUTTURA reportistica e ricognizione entro 30/04 definizione standard entro 30/06	Reportistica e monitoraggio prodotta ad evidenza di quanto elaborato Risultato raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	PNGLA linea ricovero : rispetto tempi di attesa. Raggiungimento della soglia percentuale ministeriale prevista per i ricoveri programmati ordinari o diurni con priorità "A" erogati nel tempo massimo di attesa di 30 g	non inferiore alla soglia prevista nel 2020 per la specifica prestazione di ricovero	01 - K Mammella:98,47%(Soglia 2020:86,10%) 02 - K Prostata:63,94%(Soglia 2020:58,80%) 03 - K Colon:75,45%(Soglia 2020:91,50%) 04 - K Retto:73,28%(Soglia 2020:83,30%) 05 - K Utero:84,00%(Soglia 2020:87,20%) 06 - K Melanoma:91,22%(Soglia 2020:92,90%) 07 - K Maligno Tiroide:83,63%(Soglia 2020:76,60%) 08 - Bypass AortoCoronarico:93,52%(Soglia 2020:91,80%) 09 - AngioPlastica Coronarica (PTCA):93,10%(Soglia 2020:90,50%) 10 - EndoArteriectomia Carotidea:94,74%(Soglia 2020:70,10%) 11 - Protesi d'anca:71,43%(Soglia 2020:74,50%) 12 - K Polmone:94,08%(Soglia 2020:89,30%) 13 - Colecistectomia laparoscopisca:54,37%(Soglia 2020:75,30%) 14 - CoronaRografia:82,44%(Soglia 2020:91,30%) 15 - Biopsia percutanea del Fegato:86,52%(Soglia 2020:95,50%) 16 - EmorreiDectomia:22,73%(Soglia 2020:84,50%) 17 - Riparazione ernia Inguinale:41,18%(:79,10%)	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	PNGLA linea ricovero - percorso NON oncologico: rispetto tempi di attesa tramite - Day Surgery rispetto delle % soglia definite dalla DGRT 1140/2014 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriatezza;	Rispetto % Day Surgery definite per i DRG di cui alla DGRT 1140/2014 o miglioramento vs 2019	Dh vs Ricoveri Totali: 57% vs 51% miglioramento ma la percentuale è ancora lontanta rispetto agli standard richiesti	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	PNGLA setting ambulatoriale: A) rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di I accesso (visite e accertamenti diagnostico terapeutici elencati nel PRGLA) previsti per le classe di priorità U, B, D e P (Ex DGRT.604 del 6/05/2019) B) Implementazione Modello Open Access Monitoraggio linee attivate: -razionalizzazione/contenimento agende attivate -utilizzo appropriato del Primo accesso: limitazione prenotabilità diretta primo accesso dai reparti erogatori. B2) Estensione del Modello a - Visita Urologia; -Visita Ginecologica; -Visita Ortopedica	A) 100% per le classi U,B 95% per classi D e P B) Razionalizzazione % da definire B2) Attivazione entro il 31/12/2020	TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati; OPEN ACCESS Sulle linee attivate è stata effettuata la razionalizzazione delle agende e l'utilizzo appropriato del primo accesso ed è stato attivato il modello a tutte le visite oggetto di monitoraggio. Raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Posti letto: Ottimizzazione Offerta Interna di supporto al PS Partecipazione agli incontri bisettimanali di programmazione delle dimissioni dei pazienti ricoverati in reparti medici coordinate dalla DMP e Visual Hospital	1) Istituzione del registro; Partecipazione per struttura >= 85% 2) PL complessivi (medicine e specialistiche) gg feriali >= 30	A seguito del sopravvento del Covid-19, l'obiettivo è stato rimodulato convertendo le riunioni in sede per la condivisione delle scelte e dell'organizzazione nell'offerta dei posti letto necessaria per fronteggiare la pandemia.	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Valorizzazione di percorsi di eccellenza: INTERVENTO DI RADIOEMBOLIZZAZIONE: A) Definizione e tracciabilità del percorso di ricovero per intervento di radioembolizzazione finalizzata alla definizione e valorizzazione di standard clinici di eccellenza correlati all'impiego ottimale delle risorse. B) Valutazione clinica/economica. C)Valutazione Differenziale percorso Ittrio90/Olmio166	: A) Redazione/Revisione di procedura aziendale entro il 31/12/2020 B) Relazione con evidenze al 31/01/2021	A) Procedura aziendale prodotta B) Prodotta relazione che da evidenza dei dati clinici/economici e della valutazione del differenziale del percorso ittrio/olmo Risultato raggiunto	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	FRATTURA FEMORE: Tempestività nell'effettuazione dell'intervento per la frattura di femore derivante (NSG H13C: % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario)	>80% tutti	Anno 2020:84,8% Anno 2019: 85,8%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Ictus Ischemico, rischio morte 30g (Prose) quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapuetico che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2020: 14,47 Anno 2019: 10,56 (fonte Ars)	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	IMA, rischio morte 30g (Prose) quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2020: 11% Anno 2019: 8,56% (fonte Ars)	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon, % interventi in laparoscopia	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2019-2020: 70,16% Anno 2017-2018: 63,42% (fonte Ars)	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon, rischio morte 30g	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2019-2020: 3,98 Anno 2017-2018: 3,26 (fonte Ars)	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K retto, rischio morte 30g	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2018-2020: 0,67 Anno 2015-2017:3,11 (fonte Ars)	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % episiotiomie depurate	mantenimento rispetto ad esiti 2019	Anno 2020=15,65% Anno 2019=14,80%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti operativi (forcipe e ventosa)	mantenimento rispetto ad esiti 2019	Anno 2020=8,77% Anno 2019=7,18%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti cesarei depurati	mantenimento rispetto ad esiti 2019	Anno 2020=14,49% Anno 2019=14,46%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Parto cesareo, complicanze severe	mantenimento rispetto ad esiti 2019	Anno 2019-2020:0,95 Anno 2017-2018:0,22	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	riduzione % parti cesarei primari (NSG H18C che vuole misurare la frequenza di ricorso ai parti cesarei in donne che non hanno effettuato un pregresso cesareo)	<20% (standard RT)	Anno 2020=20,90% Anno 2019=23,5%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata (NSG H24C)	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2020: 14,15% Anno 2019: 8,69%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC). (NSG H22C)	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2019-2020: 2,64% Anno 2017-2018: 3,71%	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento a valvole cardiache	mantenimento/miglioramento (standard RT)	Anno 2019-2020: 2,46% Anno 2017-2018: 3,47%	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (NSG H05Z).	>90% (standard RT)	Anno 2019-2020: 87,02% Anno 2017-2018: 86,47%	
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	APPLICAZIONE PRATICHE CLINICHE -Corretta compilazione della check list operatoria (area chirurgica); -Implementazione della pratica clinica dell'Handover (passaggio di consegne da un setting assistenziale all'altro); -Riconciliazione farmacologica in ingresso (area medica)	95% 75% di dato rilevato 70% cartelle revisionate	142 su 150 pratiche negli standard Risultato Raggiunto	
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: applicazione delle misure di controllo degli organismi multiresistenti mediante azioni di monitoraggio -a) del consumo congruo gel alcolico; -b) della compliance igiene delle mani;	a) valore minimo: 15 litri/1000 giorni di degenza valore ottimale: 20 litri/1000 giorni di degenza; b)area degenza e ambulatoriale: miglioramento compliance tra l'osservazione ad inizio periodo e fine periodo - punteggio OMS rispetto al dato storico ()	a) 45,72 l/1000 gg Raggiunto b) non valutabile	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): -corretto isolamento del paziente; - effettuazione dei tamponi; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - sviluppo di casi secondari;	evidenza dell'applicazione	- corretto isolamento del paziente: 84% - effettuazione dei tamponi: Tamponi tot/gg deg 19% (>1/7) - segnalazione in diagnosi di dimissione:88% - sviluppo di casi secondari:10% dei casi hanno origine non nota (indice di parziale applicazione PA 196)	
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA mantenimento/incremento dell'attività di segnalazione (non conformità, incidenti su dispositivi medici)	SI/NO a cura direttore UO Farmaceutica gestione dispositivi medici	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Obiettivo raggiunto a livello aziendale con il contributo di tutti i dipartimenti	
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	ADR pervenute>= ADR attese - 100% obiettivo ADR perventute>80% <100% ADR attese - 50% obiettivo altrimenti 0% obiettivo	Attese/pervenute:245/484=198%	
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	Progetti Aziendali: sicurezza pazienti/operatori IMPLEMENTAZIONE PROGETTO DOSE TEAM: Avvio lavori gruppo Dose Team	Relazione con evidenze al primo monitoraggio	Risultato raggiunto Progetto Dose Team ha previsto la creazione di un gruppo di lavoro con l'incarico di valutare la Dose al Paziente e agli Operatori al fine di ottimizzarne la radioprotezione, relativamente ad apparecchiature radiologiche. Al gruppo Dose Team e' subentrato il gruppo di lavoro con responsabilità diretta del Medico preposto Fisico sanitario e del Direttore Sanitario, che si è riunito in più sedute.	
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	% di adesione ed estensione	L'estensione del progetto alle strutture è stata ottima: 95,9% nei reparti nei quali l'indagine PREMs è attiva (fonte Mes); il presidio della presentazione della proposta si attesta sul 57%	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	80%	tasso di arruolamento Ortopedie per anca e tasso arruolamento chirurgia robotica colon rettale: performance scarsa tasso di arruolamento chirurgia alla mastectomia con ricostruzione e tasso di arruolamento chirurgia robotica urologica: performance buona (fonte Mes)	
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	% di abbandoni del Pronto Soccorso (N pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione . Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	mglioramento rispetto al 2019	anno 2019: 6,19% anno 2020: 5,20%	
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	% di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero (proxy della soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla degenza in reparto e al contempo una proxy della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione)	<=0,5%	0,63% miglioramento vs 2019	
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	N.ro Reclami URP connessi alla consegna tardiva del referto Anatomie patologiche:riduzione	Nro Reclami URP 2020 < 5% Nro reclami del 2019	L'obiettivo può considerarsi complessivamente raggiunto. Non sono pervenuti reclami URP connessi alla consegna tardiva del referto.	
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	Congruità dei volumi rapportata all'andamento degli anni precedenti	Sostanziale Congruità volumi ANNO 2020 vs 2019 per le strutture coinvolte	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Valorizzazione/potenziamento Attività dei GOM (DGRT 32 del 14/01/19 costituzione, composizione e funzionamento): 1) Partecipazione ai GOM costituiti in AOUP in attuazione della DGRT 32 del 14/01/19 2) Esplicitazione delle raccomandazioni o linee guida adottate nel GOM 3) Tracciabilità della calendarizzazione dei GOM mediante attivazione di agende multiprofessionali.	1) SI/NO 2) Relazione con evidenze della DMP 3) Attività tracciate entro il 31/12/2020	obiettivo rimandato al 2021	
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contenstualmente al ricovero per tumore alla mammella	57% (standard RT)	Anno 2020:78,52% Anno 2019: 78,68%	
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	% di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella derivante dall'obiettivo regionale (NSG H02Z) Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	>90% (standard RT)	volumi K mammella: UO senologia 652/ 0 altri reparti	
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Qualità chirurgica del trattamento offerto alla donna: % di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	75% (standard RT)	Anno 2020:92,21% Anno 2019: 91,70%	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriatezza (ARI): Riduzione del volume	riduzione volumi 2020 vs 2019 a livello dipartimentale in caso di aumento dei volumi	risultato raggiunto -1536 ricoveri 2020 vs 2019	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indicatore degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari programmati maggiori di 1 giorno - riduzione	mantenimento/miglioramento	risultato raggiunto 1,06 (>1 ma miglioramento vs 1,10 del2019)	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indice di Performance Degenza Media acuti - DRG chirurgici: Mantenimento/miglioramento del numero di giornate di degenza che mediamente sono registrate rispetto alla DM regionale, a parità di casistica dimessa	mantenimento/miglioramento	risultato raggiunto utilizzando la degenza media del network AO (riferimento più corretto per la nostra realtà) risulta:-2,39 gg medie di degenza(-2,25 gg medie di degenza nel 2019)	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indice di Performance Degenza Media acuti - DRG Medici: Mantenimento/miglioramento del numero di giornate di degenza che mediamente sono registrate rispetto alla DM regionale, a parità di casistica dimessa	mantenimento/miglioramento	risultato raggiunto utilizzando la degenza media del network AO (riferimento più corretto per la nostra realtà) risulta:-2,08 gg medie di degenza(-2,25 gg medie di degenza nel 2019)	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	Aumento percentuale di donatori procurati di organi come segnalatore in forma aggregata dell'intero processo di donazione proxy delle potenzialità di procurement: % di donatori procurati	>=55%	Anno 2020 Donatori procurati: 17 Morti encefaliche segnalate: 32 =53,1%	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	Miglioramento della capacità di identificare il potenziale donatore : segnalazione di morti encefaliche in relazione al numero di posti letto (eligibili per le donazioni) in TI	>=0,8 CAM/PL%	Anno 2020 Morti encefaliche segnalate: 36 Posti letto UTI: 24 =1,3	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	Misurazione dell'efficienza di segnalazione rispetto ai deceduti in ospedale nelle prime 72 ore dal ricovero o in pronto soccorso con lesioni cerebrali acute per tutte le diagnosi	>=48% Azienda	Anno 2020 Morti encefaliche segnalate: 32 Decessi con lesione cerebrale acuta: 93 =34,4%	
5 STRATEGIE REGIONALI	1 E-PRESCRIPTION	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	volumi ricette in DEMA 2020: -SPECIALISTICA >=90% sull'erogato ; -FARMACEUTICA >= 80% sulle ricette rilevate come usate; netto scostamenti giustificati e validati dalla DMP in caso di non raggiungimento valutazione rispetto al 2019 di un sensibile miglioramento	2020 SPECIALISTICA=85% 2020 FARMACEUTICA=64%	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	Invio modulo T. 5.1.COM.10 entro il 31/01 alla U.O. Accreditamento e Qualità	Tutte le strutture soggette a valutazione hanno prodotto la documentazione richiesta nei tempi	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC)	Invio modulo CLQ Sint. entro il 31/01 alla U.O. Accreditamento e Qualità.	Tutte le strutture soggette a valutazione tranne hanno prodotto la documentazione richiesta nei tempi	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	Invio moduli RdE e PdM entro il 31/01 alla U.O. Accreditamento e Qualità	Tutte le strutture tranne 1 hanno prodotto la documentazione richiesta nei tempi	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	CERTIFICAZIONE: Atti documentali presso ente certificatore da parte delle strutture del DAI (obiettivo 2019 in proroga ENTRO I TERMINI DI (scadenza del Contratto di Aoup con l'ente Certificatore DNV)	SI/NO entro 31/03/20	Risultato raggiunto di presentazione atti documentali presso ente Certificatore da parte delle strutture del DAI	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Istituzione della Biobanca multispecialistica (BMS) come piattaforma di servizio a supporo della Ricerca (1806 SOD Biobanche)	SI/NO ENTRO IL 30/06/2020	Risultato Raggiunto	
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA'	Revisione delle codifiche open lis-versione catalogo 2.09 e mantenimento della revisione in modo dinamico	acquisizione delle nuove codifiche nell'applicativo	Risultato raggiunto Sono state acquisite le nuove codifiche nell'applicativo. L'acquisizione è stata continua e dinamica soprattutto per le nuove esigenze create dall'emergenza covid	
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA'	Tracciabilità pezzi anatomici: processo interno al laboratorio	: 100% dal SECONDO SEMESTRE 2020	Risultato Raggiunto Il numero di biocassette tracciate è 177.250 rispetto al numero totale di biocassette prodotte 177.757. Il parametro è del 99,7 %	
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA'	Up-grade WINSAP 3.0 -Partecipazione alla formazione per consentire l'avvio della nuova versione	100% entro 31/12/2020	E' stato predisposto il piano di attività per la formazione del nuovo applicativo WinSAP 3.0	
6 PROGETTI AZIENDALI	4 APPROPRIATEZZA GESTIONALE	Corretta gestione delle NON CONFORMITA': A) relative ai farmaci consegnati da Estar alle UDP vs farmaci ordinati B) relative ai dispositivi consegnati da Estar alle UDP vs dispositivi ordinati (corretta applicazione della Procedura su Ge4web "Controllo consegnato" e Smart Ticket verso ESTAR)	A) Indicatore: nr segnalazioni NC senza tracciatura / nr totale segnalazioni NC = 0 B) Indicatore: nr segnalazioni NC senza tracciatura / nr totale segnalazioni NC = 0	Non attivato	

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	STANDARD	sintesi performance 2020	
6 PROGETTI AZIENDALI	4 APPROPRIATEZZA GESTIONALE	UTILIZZO CONFORME Centri di Costo Comuni: attribuzione dispositivi medici ad utilizzo comune	Attribuzione del costo dei dispositivi medici specialistici ai centri di costo specifici delle UO in luogo dei costi comuni che devono ridursi	Raggiunto da tutti i CC 2020 vs 2019 9918 - MONOBLOCCO CHIRURGICO: 365.439€ vs 782.908€ 81015 - C.C.-PERIT-ENDOCRINOCH-CHIR PED: 57.138€ vs 93.655€ 9903 - C.C. UROLOGIA 1/2: 351.361 € vs 460.133€ 9936 - C.C. OST E GIN AD INDIR ONC/OST E GIN 2: 387.118 vs 601.901	
6 PROGETTI AZIENDALI	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: pieno utilizzo LDO	100% Modulo LDO: Nro LDO Inviate/Totale Dimessi	83% buona performance	
6 PROGETTI AZIENDALI	6 ORMAWEB	NOTA OPERATORIA: Implementazione a regime utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva	100%	11/26 strutture hanno raggiunto almeno il 90%	
7 IMPEGNO PER I DIRETTORI	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	IMPEGNO DEI DIRETTORI DI STRUTTURA nel garantire la corretta e completa compilazione della cartella clinica in tutte le sue componenti e relativa SDO in ottemperanza al piano annuale dei controlli esterni (PAC) di cui alla Delibera GRT 188/2019;	RAGGIUNGIMENTO: assenza di decurtazione economica o decurtazione economica non ritenuta, da parte della Direzione dell'AOUP, imputabile a responsabilità della struttura; NON RAGGIUNGIMENTO: applicazione di decurtazioni economiche dovute a responsabilità della struttura; EFFETTO: riduzione fino ad un massimo del 30% o 50% della retribuzione di risultato del direttore di struttura cui è imputata la compilazione della cartella clinica e relativa SDO in proporzione all'entità della perdita economica applicata dal team di AV (fasce di decurtazione)	Sull'ultimo campionamento, che ha coinvolto 73 strutture, 23 sono incorse in maniera più o meno significativa, in controlli sfociati in abbattimenti dell'importo del DRG	