TABELLA OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
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 vs budget 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2020 ≤ budget 2019
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	volumi utilizzo DAT 2020 vs volumi DAT programmato 2020	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volume utilizzo DAT 2020 effettivo ≤ volume utilizzo DAT programmato 2020
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: Monitoraggio consumo diagnostici sui dipartimenti a maggior consumo (DAI 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 vs budget 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2020 ≤ budget 2019
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: Dipartimento di Laboratorio - proroga dei vincoli definiti nel budget 2019. In relazione agli indirizzi regionali/aziendali saranno possibili revisioni in corso d'anno	costo 2020 vs budget 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2020 ≤ budget 2019
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) up medicinale biosimilare/up Totale dispensato biosimilare +originator; 1b) nro richieste di fornitura originator per nuovi pazienti; 2) acquisizione standard definiti e verifica rispetto	VALUTAZIONE STRUTTURE 1a) = 100% escluso ADR 1b) = 0 2) SI/NO definizione standard e verifica del loro rispetto
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: RIDUZIONE della spesa mediante azioni mirate su gruppi ATC attenzionati nel DAI	tot costi ATC 2020 vs 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO e STRUTTURE a forte impatto sul DAI riduzione/mantenimento costi ATC individuati 2020 vs 2019 secondo le indicazioni aziendali/regionali
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: CONTENIMENTO dei costi secondo le indicazioni aziendali/regionali in corso di definizione	tot costi 2020 vs 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO e STRUTTURE a forte impatto sul DAI riduzione/mantenimento costi individuati 2020 vs 2019 secondo le indicazioni aziendali/regionali
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: Monitoraggio finalizzato al contenimento del consumo di Brevibloc sacche	consumo up 2020 vs consumo up 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: mantenimento consumo medio mensile 2018
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: Richieste ALBUMINA con indicazioni d'uso non comprese nel modulo aziendale	nr. Richieste albumina con indicazione d'uso non comprese nel modulo aziendale/Nr tot di albumina	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO nr. Richieste albumina con indicazione d'uso non comprese nel modulo aziendale/Nr tot di albumina <5%
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci scaricati su UDP ambulatoriali/DH vs importi caricati a flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto)	VALUTAZIONE STRUTTURE costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale/DH tendenzialmente pari al flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) salvo diversità giustificata

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	istituzione DRUG DAY per : -durvalumab (uo Pneumologia) -afibercept, cabazitaxel, eribulina, ipilimumab, ramucirumab, trabectedina, trastuzumab emtansine, vinflunina, durvalumab (UU.OO. Oncologia Univ/Osp) - daratumumab, elotuzumab, brentuximab, pixantrone (U.O.Ematologia)	% di terapie gestite secondo drug day	VALUTAZIONE STRUTTURE: 100% entro sei mesi dall'assegnazione dell'obiettivo
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	numero Terapie PNS	VALUTAZIONE STRUTTURE Tendente a 0
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	riduzione % in grammi 2020 vs 2019:	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: >= 5% obiettivo 100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% si valutano le singole strutture VALUTAZIONE STRUTTURE: >=5% obiettivo=100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% = 0
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 coerenti a relazioni	n. confezioni PROGRAF su numero confezioni Prograf coerenti a relazioni =1
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) N. terapie off label b) N. terapie off label di farmaci innovativi o farmaci con accordi MEA per principio attivo/ N. tot. Terapie per principio attivo	VALUTAZIONE STRUTTURE a) 0% (al netto delle terapie già in corso e autorizzate) b) tendente a 0
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)	Nr. Richieste inoltrate ad AIFA di inserimento per setting ricorrenti di terapie off label (dove setting ricorrente individua almeno 3 pazienti)	pari al numeri di setting ricorrenti individuati
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	n. modulo esiti inviato alla farmacia alla scadenza definita/ n. modulo esiti previsti per invio alla farmacia alla scadenza definita	VALUTAZIONE STRUTTURE uguale a 1

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
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	1) reportistica quadrimestrale dei volumi richiesti in relazione allo standard previsto da linee guida 2A) reportistica con indicazione degli esami ripetuti oltre le 24 ore 2B) report ai reparti ed alla Direzione sanitari del volume degli esami ripetuti extra linee guida.	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO relazione alla direzione sugli scostamenti evidenziati dalla Reportistica prodotta
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	presentazione e validazione	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO SI/NO
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	1) produzione linee guida condivise entro il 30/06/2020; 2) applicazione delle linee guida e loro monitoraggio validato (Coordinatore area funzionale delle Anatomie Patologiche e dal Direttore DAI)	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) e 2) SI/NO
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.	Monitoraggio degli accessi in TI fruiti da reparti chirurgici assistiti da RR A) Monitoraggio in continuità con i criteri del protocollo di accesso condiviso di dipartimento degli accessi in terapia intensiva finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza B) Indicatori di Efficienza DRG Chirurgici: N.ro accessi - SUB INTENSIVI DRG Chirurgici: N.ro accessi - A rischio inappropriata di setting DRG Chirurgici: N.ro accessi Appropriati Verifica con CdG del DRG prodotto secondo le classi di appropriatezza stabilite dal DAI	A) VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Analisi sistematica della reportistica definita con UO CDG B) VALUTAZIONE STRUTTURE Classi Appropriatezza DRG chirurgici -DRG Chirurgici: N.ro accessi - SUB INTENSIVI riduzione -DRG Chirurgici: N.ro accessi - A rischio inappropriata di setting riduzione -DRG Chirurgici: N.ro accessi Appropriati Mantenimento/incremento (4902 Anestesia e Rianimazione PS - Reparti chirurgici afferenti; 4904 Anestesia e Rianimazione interdipartimentale; 4909 Anestesia e Terapia del Dolore 4912 Anestesia Centro Endocrinocirurgia) A) B) Relazione con evidenze del Direttore del Dipartimento

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
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	A) Analisi di Bilanciamento domanda/offerta (Radiologie) per linea chirurgica e revisione del sistema di assegnazione secondo gli esiti dell'analisi di bilanciamento effettuata B1) N.ro agende di II Accesso per le Ginecologie (utero) B2) Definizione degli standards per prestazione: n.gg medi (data erogazione e data prenotazione) C) Tempo medio tra esecuzione esame e refertazione	VALUTAZIONE STRUTTURE A) Revisione volume slots disponibili (colon retto e utero) entro il 30/09/2020 B1) Creazione di agende dedicate (utero) B2) Relazione ISAP (con evidenze specifiche per colon e retto e utero) C1) Protocollo operativo interno al dipartimento con i Tempi Medi di Refertazione attualmente in essere: tmr URGENTI : entro turno tmr RICOVERATI: 1 g lav tmr TC/RM: 5 gg per Esterni tmr altre prestazioni:3 gg per Esterni. Prefestivi (Sabato) e Festivi esclusi C2) Rispetto degli standard condivisi nel protocollo condiviso al 90% dal 30/09/2020
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione Tempi di Refertazione: esami di LABORATORIO Genetica	- reportistica situazione attuale dell'AOUP - ricognizione degli esami e misurazione dei tempi effettivi - definizione degli standard	VALUTAZIONE STRUTTURA reportistica e ricognizione entro 30/04 definizione standard entro 30/06
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione Tempi di Refertazione: Esami Istologici A) Tempo medio complessivo (accettazione campione-ultima validazione) -URGENTI -ROUTINE B) Tempo medio sottofasi processo routinarie azioni specifiche sui tempi critici pre taglio (TSLB) pre refertazione (medici) C) Volume casistica Outlier -Riduzione casi D) Volume medio di referti	A) Tempo medio lavorazione ISTOLOGICI (TMU)- Urgenti (TMR)- Routine B) TEMPO MEDIO INTERMEDI ROUTINARI TSLB: processazione - taglio Medici: colorazione - refertazione pre refertazione (medici) C) VOLUMI CASISTICA OUTLIER Casi ROUTINARI > 20 gg Casi urgenti > 7 gg D) VOLUME MEDIO n.casi refertati/n.casi tagliati ogni 15 gg x 100	VALUTAZIONE STRUTTURE A) Tempo medio lavorazione ISTOLOGICI TMU <7gg lavorativi TMR <18gg lavorativi B) TEMPO MEDIO INTERMEDI ROUTINARI TSLB <= 10 gg Medici <= 5 gg C) nr. Outlier <= 150 casi-mese ROUTINARI nr. Outlier <= 160 casi-mese URGENTI D) range costante tra 50-70%
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	n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.	VALUTAZIONE STRUTTURE non inferiore alla soglia prevista nel 2020 per la specifica prestazione di ricovero

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>PNGLA linea ricovero - percorso NON oncologico: rispetto tempi di attesa tramite</p> <p>A) Trasferimento in setting chirurgico appropriato e riduzione liste di attesa;</p> <p>1) Ricovero ordinario di 0-1 giorno (Chirurgia a rapida turnazione ovvero ciclo breve) per gli interventi e procedure contrassegnati da asterisco, nella Conferenza Stato Regioni 2002 (linee guida day surgery), per le quali si prevede il Day surgery o il ricovero ordinario con 1 pernottamento;</p> <p>2) Day Surgery rispetto delle % soglia definite dalla DGRT 1140/2014 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriata;</p> <p>3) Chirurgia generale, migrazione interventi di colecistectomia e ernia laparoscopiche e proctologia a rapida turnazione nella sala F edificio 30 (CERB)</p> <p>4) Adesione agli incontri in ambito di chirurgia a ciclo breve coordinati dal CERB e rispetto delle indicazioni regionali in tema di chirurgia a ciclo diurno (Allegato A Delibera n.932 del 29.8.2017 e successive modifiche ed integrazioni)</p> <p>B) Monitoraggio inserimento appropriato in classe A</p> <p>Implementazione delle linee del decreto dirigenziale 18066 del 5.11.19 su Chirurgia Generale: Colecisti non complicata, Ernia non complicata e Proctologia (emorroidi, fistole anali e ragadi, prolasso rettale) sulle classi di priorità NON A</p>	<p>A) setting chirurgico appropriato</p> <p>1) Volumi DS, RO 0-1 g e RO>1 gg 2020 vs 2019 (fonte SDO)</p> <p>2) Volumi DS e RO 2020</p> <p>3) Volumi interventi di colecistectomia e ernia laparoscopiche e proctologia a rapida turnazione e SALA di effettuazione</p> <p>4) Rilevazione presenze</p> <p>B) Volumi in classe A 2020 vs 2019</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>A) setting chirurgico appropriato</p> <p>1) Miglioramento vs 2019;</p> <p>2) Rispetto % Day Surgery definite per i DRG di cui alla DGRT 1140/2014 o miglioramento vs 2019</p> <p>3) avvenuta migrazione (verifica a cura direttore CERB)</p> <p>4) avvenuta partecipazione (verifica a cura direttore CERB)</p> <p>B) Contenimento Volumi Classe A su Colecisti non complicata, Ernia non complicata e Proctologia</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>PNGLA setting ambulatoriale:</p> <p>A) rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di I accesso (visite e accertamenti diagnostico terapeutici elencati nel PRGLA) previsti per le classi di priorità U, B, D e P (Ex DGRT.604 del 6/05/2019)</p> <p>B) Implementazione Modello Open Access</p> <p>Monitoraggio linee attivate:</p> <p>-razionalizzazione/contenimento agende attivate</p> <p>-utilizzo appropriato del Primo accesso: limitazione prenotabilità diretta primo accesso dai reparti erogatori.</p> <p>B2) Estensione del Modello a</p> <p>- Visita Urologia;</p> <p>-Visita Ginecologica;</p> <p>-Visita Ortopedica</p>	<p>A) N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi della classe /N. prestazioni complessive della classe x 100</p> <p>B) monitoraggio volumi agende attivate per visita specialistica (n.ro agende al 31/12/2019 vs n.agende a 31.12.20)</p> <p>B2) Attivazione agende open access dedicate</p>	<p>A) 100% per le classi U,B 95% per classi D e P</p> <p>B) Razionalizzazione % da definire</p> <p>B2) Attivazione entro il 31/12/2020</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Posti letto: Ottimizzazione Offerta Interna di supporto al PS</p> <p>Partecipazione agli incontri bisettimanali di programmazione delle dimissioni dei pazienti ricoverati in reparti medici coordinate dalla DMP e Visual Hospital</p>	<p>1) Istituzione di un registro elettronico che attesti la presenza delle strutture coinvolte nelle riunioni bisettimanali.</p> <p>2) N.ro Posti letto PL giornalieri disponibili per i pazienti provenienti da PS</p>	<p>1) Istituzione del registro; Partecipazione per struttura >= 85%</p> <p>2) PL complessivi (medicine e specialistiche) gg feriali >= 30</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione Attività Chirurgica Aoup:</p> <p>Incontri di coordinamento per bilanciare la domanda di sale operatorie con l'offerta dei posti letto intensivi, la disponibilità degli infermieri ed i dispositivi necessari: partecipazione al gruppo di lavoro dedicato con rappresentanti di DMP, Supporto Anestesiologico, Supporto Infermieristico, Uo Farmaceutica Gestione Dispositivi Medici e rappresentanti delle chirurgie coinvolte, da attivarsi con il coordinamento operativo della GO-ISAP</p>	<p>presenza alle riunioni.</p>	<p>partecipazione delle strutture coinvolte >= 85%</p>

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione di percorsi di eccellenza: INTERVENTO DI RADIOEMBOLIZZAZIONE:</p> <p>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 Itrio90/Olmio166</p>	<p>A) Redazione di procedura aziendale B) monitoraggio: Indicatori di Attività: Volume: Numero di Ricoveri in Percorso Diagnostica/Trattamento Itrio90/Olmio166 Volume: Numero di Ricoveri in Percorso per Reparto di ammissione Indicatori di Esito su HCC: controllo malattia secondo criteri radiologici Recist 1.1 a 6-12 mesi Indicatori di Efficienza (Costi): costo DAT (costi speciali prevalenti)</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: A) Redazione/Revisione di procedura aziendale entro il 31/12/2020 B) Relazione con evidenze al 31/01/2021</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione di percorsi di eccellenza: PERCORSO PIEDE DIABETICO/SALVATAGGIO D'ARTO:</p> <p>A) Definizione e tracciabilità del percorso dedicato ai pazienti diabetici con ischemia acuta dell'arto inferiore a rischio di perdita dell'arto finalizzata alla definizione e valorizzazione di standard clinici di eccellenza correlati all'impiego ottimale delle risorse. B) Valutazione Differenziale percorso Fast Track/ percorso tradizionale</p>	<p>A) Elaborazione bozza del Percorso Clinico B) Analisi differenziale mediante monitoraggio: Indicatori di Attività: Volume Numero di Ricoveri in Percorso Volume Numero di Ricoveri in Percorso per area di provenienza (Provincia di residenza) Indicatori di Efficienza (Costi): Costo medio intervento Indicatori di Esito: Numero amputazioni maggiori /Tot Interventi Numero di accessi/Tot Pazienti trattati</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: A) Formalizzazione/ Riconoscimento del percorso clinico dalla DMP entro il 31/12/2020 B) Relazione con evidenze al 31/01/2021</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione di percorsi di eccellenza: PERCORSO STROKE: Definizione e tracciabilità degli interventi di trombectomia meccanica del paziente con ictus in fase iperacuta in accordo con la PA 68 ed il PDTA ictus di Area Vasta</p>	<p>A) Indicatore di attività: numero delle procedure effettuate B) Indicatore di efficienza: misurazione del "time to groin" (tempo tra esordio e puntura arteria) C) Indicatori di efficienza: costo medio intervento D) Indicatore di esito: outcome mediante modify ranking scale a 90 giorni</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: Relazione con evidenze al 31/01/2021 comparativa con gli anni precedenti</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	4 PRONTO SOCCORSO	<p>DIAGNOSI PRECOCE DI SEPSI: Rispetto degli standard aziendali per la diagnosi precoce di Sepsis in applicazione della DGRT 752/2017 "Programma di lotta alla Sepsis"</p>	<p>Numeratore: Numero di campioni prelevati per emocultura per pazienti di PS Denominatore: totale pazienti con diagnosi First Aid 785.52, 995.91, 995.92 (Sepsis, Sepsis severa, Shock settico")</p>	<p>> 3 campioni procapite</p>

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
2 QUALITA' DELLE CURE	4 PRONTO SOCCORSO	Monitoraggio percorsi pronto soccorso (Diagnosi precoce di ictus ischemico, Valutazione del dolore toracico)	1) NUM: n° TC Cranio / angioTC circolo intracranico cranio richiesti entro 25 minuti (inclusa solo la prima esecuzione, escluse esecuzioni successive alla prima) dal tempo di accettazione nei pazienti inseriti in un percorso di PS (esclusi Fast Track e VEAM) con Diagnosi First Aid 434.91 (Ictus Ischemico) DEN: n° TC Cranio / angioTC circolo intracranico richieste (inclusa solo la prima esecuzione, escluse esecuzioni successive alla prima) nei pazienti inseriti in un percorso di PS (esclusi Fast Track e VEAM) con Diagnosi First Aid 434.91 (Ictus Ischemico) 2) NUMERATORE: n° ECG effettuati entro 10 minuti (inclusa solo la prima esecuzione, escluse esecuzioni successive alla prima) dal tempo di accettazione nei pazienti inseriti in un percorso di PS (esclusi Fast Track e VEAM) con Problema Principale al Triage "Dolore toracico" DENOMINATORE: n° ECG effettuati (inclusa solo la prima esecuzione, escluse esecuzioni successive alla prima) nei pazienti inseriti in un percorso di PS (esclusi Fast Track e VEAM) con Problema Principale al Triage "Dolore toracico"	1) >60% richiesti entro 25 minuti 2) >60% effettuati entro 10 minuti
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Frattura Femore, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di frattura del femore - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
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)	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni/Numero interventi per frattura del collo del femore (indicatore mes C.5.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE: >60% sui +65 (standard RT); >80% tutti
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Ictus Ischemico, rischio morte 30g (Prose) quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti/Eventi indice di ictus ischemico ricoverati in ospedale	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
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	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA ricoverati in ospedale	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon, % interventi in laparoscopia	N. ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon di tumore maligno del colon eseguiti in laparoscopia/N. ricoveri con intervento isolato di asportazione - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di asportazione del tumore maligno del colon - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K retto, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di asportazione del tumore maligno del retto - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % episiotomie depurate	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati /Numero di parti vaginali depurati (indicatore Mes C7.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti operativi (forcipe e ventosa)	Numeratore Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe / Numero parti vaginali (indicatore Mes C7.6)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti cesarei depurati	Numero parti cesarei depurati/numero parti depurati (indicatore Mes C7.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Parto cesareo, complicanze severe	N. ricoveri con complicanze severe/N. parti cesarei	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
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)	N. parti cesarei primari/N. parti con nessun pregresso cesareo nei 10 anni precedenti	VALUTAZIONE STRUTTURE <20% (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata (NSG H24C)	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Eventi di ricovero per BPCO - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC). (NSG H22C)	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti/Interventi di bypass isolato - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età per qualsiasi causa	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento a valvole cardiache	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Eventi di ricovero per valvole cardiache - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (NSG H05Z).	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post operatoria entro 3 giorni/N.ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica -Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE >90% (standard RT)
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)	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata (le modalità di campionamento sono comunicate dalla U.O. Accreditamento e Qualità), impiegate per monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	VALUTAZIONE STRUTTURE 95% 75% di dato rilevato 70% cartelle revisionate

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
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; -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	a) indicatore per sole aree DEGENZA: consumo gel idroalcolico in litri/1000 giornata degenza ordinarie- valutazione semestrale NUM: litri dispensati per UO degenza (ordinato) DEN: gg.degenza ordinarie b) indicatore per aree DEGENZA e AMBULATORIALE (tra cui ambulatorio oncologico e dialisi): compliance igiene mani secondo osservazione metodo OMS (Self-assessment framework 2010) METODO: osservazione almeno una volta all'anno in ogni UO assistenziale c) tasso di colonizzazione: numeratore: numero pazienti colonizzati /infetti da microorganismi sentinella, denominatore: pazienti ammessi non colonizzati/infetti	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 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 (VALUTAZIONE STRUTTURE) c)riduzione dei casi intraospedalieri di colonizzazione e infezione rispetto al dato storico
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;	Verifica quadrimestrale su trimestre	evidenza dell'applicazione
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: Elaborazione di un corso di formazione per la corretta prevenzione e controllo delle infezioni nelle Radiologie	realizzazione corso n. partecipanti su personale radiologie	corso SI/NO partecipazione al 90%
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: Elaborazione piano di controllo sulle infezioni di reparto a conclusione della formazione effettuata (Revisione Piano Attività)	Piani elaborati/ reparti formati	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA mantenimento/incremento dell'attività di segnalazione (non conformità, incidenti su dispositivi medici)	rispetto delle procedure di segnalazioni, incidenti e reclami/non conformità	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO SI/NO a cura direttore UO Farmaceutica gestione dispositivi medici
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	confronto ADR attese verso ADR pervenute	VALUTAZIONE STRUTTURE ADR pervenute>= ADR attese - 100% obiettivo ADR pervenute>80% <100% ADR attese - 50% obiettivo altrimenti 0% obiettivo
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	Progetti Aziendali: sicurezza pazienti/operatori IMPLEMENTAZIONE PROGETTO DOSE TEAM: a) Utilizzo del sistema di monitoraggio informatico della dose (SMID) per ottimizzare la radioprotezione dei pazienti e del personale. b) Avvio lavori gruppo Dose Team	a) Indicatori -% apparecchiature angiografiche connesse allo SMID -% apparecchiature TC e mammografiche connesse allo SMID (Revisione trimestrale dei dati) b) sedute gruppo di lavoro	a) standards -apparecchiature angiografiche >=60% -apparecchiature TC e mammografiche >=80% Revisione trimestrale dei dati (almeno due: a fine settembre e fine dicembre) b) Relazione con evidenze al primo monitoraggio

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
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	1) NRO PROPOSTE/ TOTALE DEGENTI ordinari (ADT) (dimessi) 2) NRO ADESIONI/ TOTALE DEGENTI ordinari (ADT) (dimessi) (N.proposte da loggato modulo PLEADE e N. adesioni da n. riferimenti paziente su modulo PLEIADE)	VALUTAZIONE STRUTTURE: 1) >=60% delle strutture abilitate e formate 2) >=50% delle strutture abilitate e formate
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	% di pazienti arruolati rispetto agli eligibili (chirurgia della mammella, chirurgia robotica colon rettale, chirurgia robotica urologica, chirurgica anca e ginocchio)	VALUTAZIONE STRUTTURE 80%
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)	N.abbandoni dal Pronto Soccorso/ N.Accessi in pronto soccorso (indicatore Mes D9)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO miglioramento rispetto al 2019
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)	N.dimissioni volontarie/N. di ricoveri (esclusa IVG, Aborti, i decessi) (indicatore Mes D18 e CRISP-MES)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO <=0,5%
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	N.ro Reclami URP connessi alla consegna tardiva del referto Anatomie patologiche:riduzione	N.ro Reclami URP	VALUTAZIONE STRUTTURE Nro Reclami URP 2020 < 5% Nro reclami del 2019
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	volumi calcolati secondo i criteri del PNE 2020 vs 2019 e 2018	VALUTAZIONE STRUTTURE Congruità dei volumi rapportata all'andamento degli anni precedenti
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) Individuazione degli Specialisti che partecipano al Gom 2) regolamento interno in ciascun GOM cura del Coordinatore 3) Censimento Agende multiprofessionali attivate (RAD)	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) SI/NO 2) Relazione con evidenze della DMP 3) Attività tracciate entro il 31/12/2020
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contenstualmente al ricovero per tumore alla mammella	N. donne con inter.chir per tumore mammella sottoposte ad applicazione metodica linfonodo sentinella/N. donne con inter.chir per tumore maligno mammella (indicatore Mes C10.2.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE 57% (standard RT)
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.	N. ricoveri in reparti sopra soglia/N. ricoveri erogati totali (indicatore Mes C10.1.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE >90% (standard RT)
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	N inter. chir. conservativi o nipple e skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante/N. inter.chir alla mammella per carcinoma infiltrante (indicatore Mes C10.2.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE 75% (standard RT)

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato DRG CHIRURGICI a rischio di inappropriately (ARI): Rispetto degli standard a favore del setting Day Surgery/Ambulatoriale	confronto setting assistenziali vs standard regionali	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2019 VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di non rispetto degli standard
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriately (ARI): Riduzione del volume	volumi DRG ARI medici prodotti nel 2020 vs 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: riduzione volumi 2020 vs 2019 a livello dipartimentale VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di aumento dei volumi
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indicatore degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari programmati maggiori di 1 giorno - riduzione	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico. Calcolo su Ricoveri Ordinari Programmati non urgenti maggiori di un giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico, si escludono i trapianti	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
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	$\sum$ giornate di degenza osservate - $\sum$ giornate di degenza attese per DRG Chirurgici/ N Dimissioni per DRG Chirurgici (Indicatore Mes C2a.C)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
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	$\sum$ giornate di degenza osservate - $\sum$ giornate di degenza attese per DRG medici/ N Dimissioni per DRG Medici (Indicatore Mes C2a.M)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
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	N donatori Procurati/N. morti encefaliche (Indicatore Mes B6.1.2);	>=55%
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	N di Accertamenti di Morte Cerebrale/N di posti letto in UTI (indicatore Mes B6.1.6)	>=0,8 CAM/PL%
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	N di accertamenti di morte encefalica (CAM)/ N. di decessi con lesioni cerebrali acute in ospedale o in PS (indicatore Mes B6.1.1a)	>=48% Azienda
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%)	% ricette prescritte in DEMA 2020	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: 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

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
5 STRATEGIE REGIONALI	2 CONTINUITA' OSPEDALE TERRITORIO	Tempestività nella segnalazione all'Acot dei pazienti in ricovero ordinario eligibili	N.segnalazioni effettuate entro 48 H dall'accettazione/N.segnalazioni effettuate (fonte referente aziendale continuità ospedale territorio e ufficio infermieristico)	VALUTAZIONE STRUTTURE 85%
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.	Report (modulo T.5.1.COM.10) relativo all'applicazione di almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale sulla documentazione clinica campionata (le modalità di campionamento sono comunicate dalla U.O. Accreditemento e Qualità).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo T. 5.1.COM.10 entro il 31/01 alla U.O. Accreditemento e Qualità
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)	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata (le modalità di campionamento sono comunicate dalla U.O. Accreditemento e Qualità).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo CLQ Sint. entro il 31/01 alla U.O. Accreditemento e Qualità.
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.	Presenza per ogni U.O./S.D. del riesame dei dati e degli esiti (modulo RdE) con piano di miglioramento annuale (modulo PdM).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio moduli RdE e PdM entro il 31/01 alla U.O. Accreditemento e Qualità
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)	Presentazione domanda da parte delle strutture del DAI (dove non ancora effettuata), mantenimento o modifica degli atti tesi alla certificazione sulla base del nuovo asset logistico/operativo dipartimentale	VALUTAZIONE STRUTTURE SI/NO entro 31/03/20 SOD 0312 Microbiologia batteriologica SSN UO 5501 Farmacologia clinica e farmacogenetica Univ SOD 4201 Tossicologia forense Univ. SOD 0304 Patologia Clinica Univ SOD 0301 Anatomia patologica 1 Univ UO 0302 Anatomia patologica 2 SSN UO 0309 Anatomia patologica 3 Univ
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Istituzione della Biobanca multispecialistica (BMS) come piattaforma di servizio a supporto della Ricerca (1806 SOD Biobanche)	Adozione DOA	SI/NO ENTRO IL 30/06/2020
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA'	Revisione delle codifiche open lis-versione catalogo 2.09 e mantenimento della revisione in modo dinamico	verifica a fine Aprile 2020 e ottobre 2020 a cura di ogni singola struttura del DAI	VALUTAZIONE STRUTTURE acquisizione delle nuove codifiche nell'applicativo
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA'	Tracciabilità pezzi anatomici: processo interno al laboratorio	Nr. Biocassette tracciate/ Nr.Totale Biocassette prodotte	VALUTAZIONE STRUTTURE: 100% dal SECONDO SEMESTRE 2020
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA'	Up-grade WINSAP 3.0 -Partecipazione alla formazione per consentire l'avvio della nuova versione	Adesione alle sedute di formazione del personale delle tre strutture (medici, comparto)	VALUTAZIONE STRUTTURE 100% entro 31/12/2020
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)	nr segnalazioni NC senza tracciatura / nr totale segnalazioni NC	VALUTAZIONE STRUTTURE: A) Indicatore: nr segnalazioni NC senza tracciatura / nr totale segnalazioni NC = 0 B) Indicatore: nr segnalazioni NC senza tracciatura / nr totale segnalazioni NC = 0

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
6 PROGETTI AZIENDALI	4 APPROPRIATEZZA GESTIONALE	UTILIZZO CONFORME Centri di Costo Comuni: attribuzione dispositivi medici ad utilizzo comune	Dispositivi medici comuni e specifici attribuiti al costo comune: 2020 vs 2019	VALUTAZIONE STRUTTURE Attribuzione del costo dei dispositivi medici specialistici ai centri di costo specifici delle UO in luogo dei costi comuni che devono ridursi
6 PROGETTI AZIENDALI	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: pieno utilizzo dei moduli attivati a partire dalla diaria clinica, scheda anamnestica, esame obiettivo, LDO	1. Modulo LDO: Nro LDO Inviato/Totale Dimessi 2. Modulo DC Diaria Clinica: Nro DC /Totale Dimessi 3. Modulo SA Scheda Anamnestica: Nro SA /Totale Dimessi 4. Modulo EO Esame Obiettivo: Nro SA /Totale Dimessi	VALUTAZIONE STRUTTURE 100% su ciascun modulo
6 PROGETTI AZIENDALI	6 ORMAWEB	NOTA OPERATORIA: Implementazione a regime utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva	n. utilizzo nota operatoria/ n. interventi linea elettiva	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
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;	cartelle non correttamente compilate e conseguente decurtazione economica	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)
7 IMPEGNO PER I DIRETTORI	PARTECIPAZIONE E COMUNICAZIONE	IMPEGNO PER IL DIRETTORE DAI Diffusione e illustrazione scheda di budget e organizzazione di almeno 3 comitati DAI per il monitoraggio del budget; diffusione dati di monitoraggio ai Direttori/Responsabili delle strutture	evidenza dell'avvenuta diffusione degli obiettivi e dei dati di monitoraggio tramite trasmissione in conoscenza al CdG e invio dei verbali sugli incontri di comitato DAI al CdG	rispetto dell'impegno (se non raggiungimento riduzione del 30% retribuzione di risultato)