

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	AZZERAMENTO PNS (Preparazioni Non Somministrate) Monitoraggio preparazioni farmaceutiche finalizzate al contenimento della spesa per farmaci oncologici: A) Terapie Gestite in attesa conferma	A) numero Terapie PNS <i>(fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)</i>	VALUTAZIONE STRUTTURE A) Tendente a 0
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	AZZERAMENTO PNS (Preparazioni Non Somministrate) Monitoraggio preparazioni farmaceutiche finalizzate al contenimento della spesa per farmaci oncologici B) Terapie Programmate (TP) con i seguenti principi attivi (Bevacizumab, Rituximab, Pemetrexed, Trastuzumab)	B) numero Terapie PNS <i>(fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)</i>	VALUTAZIONE STRUTTURE B) Tendere a 0 (verifica ultimo semestre)
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	Introduzione progressiva dei FARMACI BIOSIMILARI utilizzo 100% NAIVE (in pazienti nuovi) e completamento switch su pazienti già in trattamento, escluse reazioni avverse -Rituximab ev > 90 % biosimilare	1) up medicinale biosimilare/up Totale dispensato (biosimilare +originator); 2) N. richieste di fornitura originator per nuovi pazienti; <i>(fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)</i>	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) > 90% escluso ADR 2) = 0 (monitoraggio e valutazione standard nell'ultimo trimestre)
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	Introduzione progressiva Biosimilare vs <i>Originator</i> utilizzo 100% NAIVE (in pazienti nuovi) e completamento switch su pazienti già in trattamento, escluse reazioni avverse -Infliximab 100% biosimilare	1) up medicinale biosimilare/up Totale dispensato biosimilare +originator); 2) nro richieste di fornitura originator per nuovi pazienti; <i>(fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)</i>	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) = 100% escluso ADR 2) = 0 (monitoraggio e valutazione standard nell'ultimo trimestre)
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	Introduzione progressiva Biosimilare vs <i>Originator</i> -Nuove molecole 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 LE ADR	1) acquisizione standard definiti e verifica rispetto <i>(acquisizione standard definiti da parte della UO Farmaceutica politiche del Farmaco e avvio monitoraggio)</i>	VALUTAZIONE STRUTTURE SI/NO definizione standard e verifica del loro rispetto

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	Introduzione progressiva Biosimilare vs <i>Originator</i> - ETANERCERPT , escluse reazioni avverse 100% NAIVE pazienti nuovi;	N. richieste di fornitura originator per nuovi pazienti (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)	VALUTAZIONE STRUTTURE '=0
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	FARMACI OFF LABEL (farmaci oncologici) 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 2 o più pazienti)	N. terapie off label (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)	VALUTAZIONE STRUTTURE 0% (al netto delle terapie già in corso e autorizzate)
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	terapie OFF LABEL (farmaci oncologici) Farmaci innovativi o sottoposti a monitoraggio AIFA e accordi MEA	N. terapie off label allestite di farmaci innovativi o accordi MEA per principio attivo/ N. tot. Terapie allestite per principio attivo (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco)	VALUTAZIONE STRUTTURE tendente a 0
SE	Sostenibilità Economica	Governo dei Costi	Spesa Farmaci su linea ricovero ordinario: riduzione del 4% rispetto al valore 2017	valore farmaci linea ricovero ordinario 2018 vs 2017 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: valore farmaci ricoveri ordinari 2018 < 4% valore 2017
SE	Sostenibilità Economica	Appropriatezza/Efficienza	In applicazioni delle prossime direttive regionali saranno definite ulteriori azioni quali-quantitative sul settore farmaceutica	da definire	da definire
SE	Sostenibilità Economica	Governo dei Costi	Rispetto tetto di spesa dispositivi (compresi i Dispositivi ad alta tecnologia) pari al consumato 2017 con mantenimento/miglioramento del rapporto tra consumo dei Dispositivi linea ricovero su n° interventi relativo al 2017 (target)	-consumo dispositivi 2018 vs 2017 nel DAI -consumo dispositivi /n. interventi 2018 vs consumo dispositivi /n. interventi 2017 per UO/SD (target); -Peso medio casistica trattata 2018 vs 2017 (fonte report CdG su dati contabilità analitica)	1) VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: Consumo 2018=< consumo 2017 2) VALUTAZIONE STRUTTURE con Target consumo dispositivi / interventi 2018 <= target La valutazione 2) assume un valore correttivo sul raggiungimento o meno della valutazione 1)
SE	Sostenibilità Economica	Governo dei Costi	Rispetto volumi attività programmata con utilizzo di Dispositivi ad alta tecnologia	volumi utilizzo DAT 2018 vs volumi DAT programmato 2018 (fonte report SOD Farmaceutica e Gestione dispositivi medici)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volume utilizzo DAT 2018 effettivo≤ volume utilizzo DAT programmato 2018

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SE	Sostenibilità Economica	Governo dei Costi	Rispetto del tetto di spesa diagnostici pari al consumato 2017	costo diagnostici 2018 vs costo diagnostici 2017 in rapporto alla produzione (<i>fonte report CdG su dati contabilità analitica</i>)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO costo diagnostici 2018<=tetto diagnostici parametrizzato alla produzione
SE	Sostenibilità Economica	Governo dei Costi	Monitoraggio della frequenza di ricorso all'attivazione dell'area destini come misura straordinaria	nro giorni in cui si raggiungono requisiti per l'attivazione del Piano di Sovraffollamento /365	periodica trasmissione alla Direzione
SE	Sostenibilità Economica	Consolidamento dei Ricavi	Corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci ambulatoriale vs flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (<i>fonte report Contabilità analitica</i>)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale= flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) o diversità giustificata
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella (indicatore Mes C10.4.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla prostata/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla prostata (indicatore Mes C10.4.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al colon/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al colon (indicatore Mes C10.4.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al retto/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al retto (indicatore Mes C10.4.4)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore al polmone/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore al polmone (indicatore Mes C10.4.5)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore utero	N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore all'utero/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore all'utero (indicatore Mes C10.4.6)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Governo dell'Oncologia	Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno	volumi calcolati secondo i criteri del PNE	VALUTAZIONE STRUTTURE Congruità dei volumi rapportata all'andamento degli anni precedenti

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SR	Strategie Regionali	Pronto Soccorso	Miglioramento tempi di attesa codici colore (giallo,verde) e tempi di permanenza ps (ricoverati e non)	(Valutazione su totale accessi escluso obi ot) a) attesa codice giallo <=30 min b) attesa codice verde <=60 min c) permanenza codici verdi NON ricoverati <=240 min d1) permanenza ricoverati <=480 min d2) riduzione mediana tempo intervento (tempo compreso tra la presa in carico e la destinazione (OT,obi,destino, ricovero)) e) tempo esecuzione prestazioni radiologiche	a) <u>ATTESA Codice GIALLO (<=30MIN)</u> a1) risultato 2017 (53,89) - con attivazione AD a2) risultato 2017 (39,13) senza attivazione AD b) <u>ATTESA Codice VERDE (<=60MIN)</u> b1) risultato 2017 (39,67) - 2% con attivazione AD b2) risultato 2017 (33,28) senza attivazione AD c) <u>PERMANENZA codici verdi NON ricoverati (<=240 min)</u> c1) risultato 2017 (50,45) - 2% con attivazione AD c2) risultato 2017 (46,15) senza attivazione AD Se risultato di a),b),c)>= 2%, 100% obiettivo Se risultato>= 1% e <=1,5%, 80% obiettivo d) <u>PERMANENZA pazienti ricoverati (<=480 min)</u> d1) risultato 2017 (63,57) -1% d2) miglioramento della mediana del tempo intervento 2017= 181
SR	Strategie Regionali	Pronto Soccorso	Rispetto degli standard aziendali per la diagnosi precoce di Sepsis in applicazione della DGRT 752/2017 "Programma di lotta alla Sepsis"	Numero medio di campioni prelevati per emocultura /Totale pazienti con diagnosi di uscita "Sepsis", "Sepsis severa";"Shock settico" da First Aid =3	miglioramento rispetto ad esiti 2017
SR	Strategie Regionali	Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Ricetta dematerializzata: in ottemperanza al DPCM 2008 e DM 2011 si richiama l'attenzione al ricorso alla compilazione delle prescrizioni in formato elettronico Si richiede anche una valutazione/censimento della infrastruttura informatica ai fine della eventuale segnalazione delle criticità	a) volumi prescrizioni in formato elettronico b) volumi ricettari consegnati c) produzione relazione corredato di ticket di richiesta di assistenza al Metis	aumento delle prescrizioni elettroniche e correlata riduzione consegna ricettari,. tenuto conto delle eventuali criticità segnalate (se non raggiungimento riduzione del 20% retribuzione di risultato)
LQ	Qualità delle Cure	Esiti/gestione criticità	PARTI CON TAGLIO CESAREO: riduzione % parti cesarei depurati	Numero parti cesarei depurati su numero parti depurati (indicatore Mes C7.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE: miglioramento rispetto ad esiti 2017 (valore 2017: 28,99%; valore 2016: 31,04%)
LQ	Qualità delle Cure	Esiti/gestione criticità	Riduzione IMA , rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione; riduzione rispetto all'anno precedente	indicatore: Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA ricoverati in ospedale (fonte <i>Prose ARS Toscana</i>)	VALUTAZIONE STRUTTURE miglioramento esiti dato storico disponibile AOUP 2016: volume 352; Andamento AOUP aggiustato: 10.58 (Andamento RT: 7.73)

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
LQ	Qualità delle Cure	Esiti/gestione criticità	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione; riduzione rispetto all'anno precedente	indicatore: Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti/Eventi indice di ictus ischemico ricoverati in ospedale (fonte Prose ARS Toscana)	VALUTAZIONE STRUTTURE miglioramento esiti dato storico disponibile AOUP 2016: volume 907; Andamento AOUP aggiustato: 11.32 (Andamento RT: 9.50)
LQ	Qualità delle Cure	Esiti/gestione criticità	Tempestività nell'effettuazione dell'intervento per la frattura di femore	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: miglioramento rispetto ad esiti 2017
LQ	Qualità delle Cure	Rischio Clinico	Prevenzione delle infezioni ospedaliere: igiene delle mani AREA DEGENZA e AMBULATORIALE	1) indicatore per sole aree DEGENZA: consumo gel idroalcolico in litri/1000 giornata degenza - valutazione semestrale NUM: litri dispensati per UO degenza-DEN: gg.degenza (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco e UO CdG) 2) indicatore per aree DEGENZA e AMBULATORIALE: compliance igiene mani secondo osservazione metodo OMS (Self-assessment framework 2010) METODO: osservazione 2 volte l'anno su campionamento strutture ad opera Rischio Clinico (fonte UO DMP e Rischio Clinico)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1) sola area degenza valore minimo: 10 litri/1000 giorni di degenza valore ottimale: 20 litri/1000 giorni di degenza; 2) area degenza e ambulatoriale: miglioramento compliance tra l'osservazione ad inizio periodo e fine periodo - punteggio OMS l'esito dell'osservazione campione ricade su tutte le strutture del DAI
LQ	Qualità delle Cure	Rischio Clinico	effettuazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD (fonte: report Volumi e Qualità delle Cure)	VALUTAZIONE STRUTTURE raggiungimento standard regionali
LQ	Qualità delle Cure	Sorveglianza e Prevenzione	ANTIBIOTICO RESISTENZA CLASSE J01: Monitoraggio consumo farmaci antiinfettivi della classe -Carbapenemi -Fluorochinoloni Anno 2018: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2017	riduzione % in grammi 2017 vs 2018: consumo 2018 - consumo 2017/consumo 2017 (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco e UO CdG)	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

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media : Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari programmati maggiori di 1 giorno	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 (<i>fonte CdG</i>)	VALUTAZIONE STRUTTURE '-mantenimento DMp.o. 2017 per UO/SD <= 1 giorno; - <= 1 giorno per UO/SD con DMp.o. 2017 tra > 1 giorno e < = a 1,5 giorni; -miglioramento per UO/SD con DMp.o. 2017> 1,5 giorni;
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media: Indice di Performance - Ricoveri programmati	Σ giornate di degenza osservate - Σ giornate di degenza attese/ N Dimissioni su ricoveri ordinari programmati (Indicatore Mes C2a.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media: Indice di Performance - DRG Chirurgici	Σ giornate di degenza osservate - Σ giornate di degenza attese per DRG Chirurgici/ N Dimissioni per DRG Chirurgici (Indicatore Mes C2a.C)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media: Indice di performance - DRG Medici	Σ giornate di degenza osservate - Σ giornate di degenza attese per DRG medici/ N Dimissioni per DRG Medici (Indicatore Mes C2a.M)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media: Intervento EVAR per Aneurisma Aorta Addominale non rotto	Giorni di degenza per intervento EVAR per Aneurisma dell'Aorta Addominale non rotto/ N. ricoveri per per intervento EVAR Aneurisma dell'Aorta Addominale non rotto (indicatore Mes C27.1.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media: ntervento OPEN per Aneurisma Aorta Addominale non rotto	Giorni di degenza per intervento OPEN per Aneurisma dell'Aorta Addominale non rotto/ N. ricoveri per intervento OPEN Aneurisma dell'Aorta Addominale non rotto (indicatore Mes C27.1.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Degenza Media: Intervento di stent carotideo (CAS)	Giorni di degenza per intervento di stent carotideo (CAS)/ N. ricoveri per intervento di stent carotideo (indicatore Mes C27.2.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	DRG CHIRURGICI a rischio di inapproprietezza (ARI) : Rispetto degli standard, tramite la riduzione del volume dei ricoveri ordinari a favore dei setting DS/ambulatoriale	volume ricoveri ordinari DRG ARI Chirurgici prodotti nel 2018 vs 2017 e rispetto degli standard regionali da raggiungere (<i>fonte CdG e ufficio DRG</i>)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017 VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di aumento volumi ordinari 2018 vs 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100/ N. colecistectomie laparoscopiche (indicatore Mes C4.4)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale	Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100/ Numero di interventi di prostatectomia (indicatore Mes C5.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale (AOU)	Numero dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale x 100/Numero dimessi con intervento alla valvola mitrale (indicatore Mes C5.7)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	DRG MEDICI a rischio di inapproprietezza (ARI): Riduzione del volume	volumi DRG ARI medici prodotti nel 2018 vs 2017 (fonte CdG e settore DRG)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: riduzione volumi 2018 vs 2017 a livello dipartimentale
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche	N. ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni x 100/N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni (Indicatore mes C8a.13.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento rispetto ad esiti 2017
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	DRG Oltre Soglia: Riduzione volume giornate finalizzata all'utilizzo ottimale dei posti letto disponibili	gg degenza oltre soglia 2017 vs gg degenza oltre soglia 2018	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO riduzione volume gg.oltre soglia 2018 vs 2017 a livello di dipartimento; in caso di non raggiungiment valutazione su singola struttura
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	DRG Oltre Soglia: Posti letto equivalenti alle giornate di degenza oltre soglia maturate	gg degenza oltre soglia /80% n. gg calendario in cui sono maturate le gg.degenza	<i>misura di osservazione dei posti letto aggiuntivi teorici utilizzati con le gg. Oltre soglia</i>
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	EPISIOTOMIE DEPURATE: riduzione % episiotomie depurate	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati su Numero di parti vaginali depurati (indicatore Mes C7.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE: miglioramento rispetto ad esiti 2017 (valore 2017: 29,38%; valore 2016: 26,77%)
PS	Performance di Sistema	Appropriatezza/Efficienza	PARTI OPERATIVI: riduzione % parti operativi (forcipe e ventosa)	Numeratore Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe su Numero parti vaginali (indicatore Mes C7.6)	VALUTAZIONE STRUTTURE: miglioramento rispetto ad esiti 2017 (valore 2017: 5,87%; valore 2016: 4,85%)
PS	Performance di Sistema	appropriatezza/efficienza	Segnalazioni di morti encefaliche mantenimento standard regionali	Numero di Accertamenti di Morte Cerebrale/Numero di posti letto in UTI (indicatore Mes B6.1.6)	Consolidamento (valore AOUP 2016: 1,63)
PA	Progetti Aziendali	Utilizzo Cartella Clinica Elettronica (CCE)	A) Redazione ed invio della Lettera di dimissione Ospedaliera (LDO) in forma elettronica (RFC 250) mediante PLEIADE	nro LDO digitale/Nro Dimessi ricoveri ordinari (fonte UO ISAP e UO CdG)	VALUTAZIONE STRUTTURE >= 70%
PA	Progetti Aziendali	Utilizzo Cartella Clinica Elettronica (CCE)	B) Estendere l'utilizzo di Pleiade a tutti i reparti di degenza	nro reparti che utilizzano la CCE/ numero reparti di degenza collegati (fonte UO ISAP)	VALUTAZIONE STRUTTURE incremento progressivo

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PA	Progetti Aziendali	Utilizzo Cartella Clinica Elettronica (CCE)	C) Compilazione in formato elettronico della STU mediante modulo PLEIADE	nro STU compilate elettronicamente /Nro Dimessi (per Struttura) (fonte UO ISAP)	VALUTAZIONE STRUTTURE >= 30%
PA	Progetti Aziendali	Qualità e Accredimento	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. Accredimento e Qualità).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo T. 5.1.COM.10 entro il 31/01 alla U.O. Accredimento e Qualità
PA	Progetti Aziendali	Qualità e Accredimento	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. Accredimento e Qualità
PA	Progetti Aziendali	Qualità e Accredimento	Monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	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. Accredimento e Qualità).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo CLQ Sint. entro il 31/01 alla U.O. Accredimento e Qualità.
PA	Progetti Aziendali	Qualità e Accredimento	Presentazione domanda di certificazione all'ente certificatore da parte delle strutture del DAI	presentazione domanda da parte delle strutture del DAI	VALUTAZIONE STRUTTURE SI/NO entro 31/12/18
PA	Progetti Aziendali	Appropriatezza/Efficienza	Appropriatezza prescrittiva: U.O. Virologia, S.D. Microbiologia Batteriologica, S.D. Microbiologia Micologica	elaborazione documento che dettagli le attività svolte e la tempistica utilizzando linee guida e/o normativa di settore vigenti e i tempi individuati dagli indirizzi regionali	VALUTAZIONE STRUTTURE: validazione del documento da parte del direttore del DAI di Laboratorio entro il 30 settembre e invio del documento validato entro il 30 di ottobre
PA	Progetti Aziendali	Appropriatezza/Efficienza	Asset logistico distribuzione dei diagnostici: realizzazione di una piattaforma unica di distribuzione "Transitpoint" diagnostici supportata per la gestione ordini/magazzini da apposito programma informatico dipartimentale. Consegna a tutti i laboratori dei reagenti considerati infiammabili all'interno stabilimento di Cisanello.	Monitoraggio Dipartimentale dell'obiettivo con messa a regime nell'ultimo bimestre dell'anno 2018	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE Relazione del Direttore Dipartimento
PA	Progetti Aziendali	Appropriatezza/Efficienza	Riorganizzazione DAI Medicina di Laboratorio	Cronoprogramma	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE Rispetto del cronoprogramma di attivazione

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PA	Progetti Aziendali	Appropriatezza/Efficienza	eliminazione degli esami duplicati (area sierologia)	produzione evidenze degli step; verifica sui mesi di novembre e dicembre dell'avvenuto processo sul flusso spa	VALUTAZIONE STRUTTURE identificazione delle prestazioni entro il 31/04/18; identificazione dei criteri di unificazione; realizzazione entro il 30/10/18;
PA	Progetti Aziendali	gestione operativa percorso chirurgico	utilizzo della lista di attesa in ormaweb	n. degli interventi elettivi PRELEVATI da lista di attesa/ totale interventi elettivi (fonte ISAP)	VALUTAZIONE STRUTTURE 95%
PA	Progetti Aziendali	gestione operativa percorso chirurgico	Implementazione a regime utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva	n. utilizzo nota operatoria/ n. interventi linea elettiva (fonte UO ISAP)	VAUTAZIONE STRUTTURE 100% da settembre
PA	Progetti Aziendali	gestione operativa percorso chirurgico	compilazione campo n.nosologico su registro ormaweb linea ricovero (ordinari e day surgery)	n.nosologico/n.interventi linea ricovero (fonte UO ISAP)	VAUTAZIONE STRUTTURE 100%
PA	Progetti Aziendali	gestione operativa percorso chirurgico	inserimento codici intervento identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039)	n. interventi con corretto inserimento cod. robotica/ n. interventi effettuati in robotica (fonte UO ISAP)	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
PA	Progetti Aziendali	gestione operativa percorso chirurgico	Stampa Documento Operatorio VALIDO	Interventi stampati/ totale interventi registrati (anche ambulatoriali) (fonte UO ISAP)	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
PA	Progetti Aziendali	gestione operativa percorso chirurgico	Appropriatezza Uso Area Critica Post Chirurgica Realizzazione ed implementazione di un sistema di monitoraggio che consenta il flusso di informazione tra Pleiade Ormaweb e SDO ENTRO 30/09/2018 per confrontare la destinazione predetta dall' algoritmo di Pleiade e l'effettiva destinazione	definizione del sistema di monitoraggio e del chi fa che cosa	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO produzione di un documento che relazioni sui risultati conseguiti condiviso tra UO ISAP e DIPARTIMENTO
PA	Progetti Aziendali	Percorsi organizzativi ed assistenziali	Appropriatezza Uso Area Critica MEDICA Realizzazione di una istruzione operativa finalizzata alla implementazione della stewardship intensivologica :	-definizione dei criteri di appropriatezza di accesso alle terapie intensive e sub intensive del paziente non chirurgico; -definizione dei criteri di chiamata dell'intensivista entro 31/12/2018	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO produzione di un documento che relazioni sui risultati conseguiti condiviso DIPARTIMENTO e UO DMP

cod.area	AREA	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PA	Progetti Aziendali	Percorsi organizzativi ed assistenziali	Analisi di costo per esami TC e RM effettuati presso apparecchiature detenute da UU.OO. diverse da quelle che eseguono l'esame ai fini di evitare lo spostamento di presidi medici chirurgici. Studio (in accordo con il CdG) di un sistema di ribaltamento dei costi sostenuti attraverso dato fornito con programma RIS/PACS	esecuzione delle schede di analisi di costo entro il 30-09-2018 realizzazione ribaltamento costi entro il 31-01-2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 100% degli esami selezionati
PA	Progetti Aziendali	Percorsi organizzativi ed assistenziali	Esecuzione RX torace per ricoverati e secondi accessi "just in time" entro un turno lavorativo per il Dip. Cardiotoracico	Messa a regime entro il 30-09-2018 valutato su volume richieste/ volume esami eseguiti	VALUTAZIONE RADIOLOGIA 2 90% delle richieste
PA	Progetti Aziendali	Percorsi organizzativi ed assistenziali	Tracciabilità dei pezzi anatomici provenienti da alcuni reparti di chirurgia e destinati alle UO di Anatomia Patologica (prosecuzione progetto) : - controllo su corretto confezionamento campione relativamente alla presenza di etichettatura barcode generata da programma Pleiade; -prenotazione dell' esame di anatomia patologica, da parte dei reparti stessi, con rilevazione della...	corretta identificazione della provenienza del campione e riduzione al minimo del rischi di smarrimento dello stesso. L'utilizzo di sistemi di tracciabilità deve essere reso obbligatorio per poter identificare correttamente il campione dal momento del prelievo. Relazione con evidenze	VALUTAZIONE STRUTTURE Messa a regime dell'intero sistema entro l'anno 2018.
PA	Progetti Aziendali	Percorsi organizzativi ed assistenziali	Agire contro la sepsi : completamento corsi di formazione sulla sicurezza del paziente e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera(SOD Microbiologia batteriologica e UO analisi chimico cliniche)	allestimento del corso/numero di ripetizioni del corso strutturato in una parte FAD e in una parte di lezioni frontali (4 ore) per la copertura del fabbisogno formativo (fonte formazione) e proseguimento dei corsi anno 2018	VALUTAZIONE STRUTTURE relazione a fine anno sull'avvenuto allestimento ed effettuazione dei corsi
SR	Strategie Regionali	governo del territorio	rispetto della programmazione di area vasta	piani specifici	rispetto programmazione secondo gli indirizzi di coordinamento dei gruppi di lavoro