

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021

Pisa ,22/07/2022

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2.LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA RISULTANTE NEL BERSAGLIO ELABORATO DAL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ.....	4
3. OBIETTIVI STRATEGICI : RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI.....	8
Dati generali sulle attività e di ricovero	8
Obiettivi piano performance 2021	10
Area SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	11
DISPOSITIVI MEDICI.....	11
DIAGNOSTICI	15
FARMACEUTICA.....	16
OBIETTIVO Consolidamento Ricavi:	17
Area QUALITÀ DELLE CURE	20
Azioni monitoraggio su qualità delle cure: Indicatori di ESITO e di PROCESSO	20
Ambito ORTOPEDIA.....	21
Ambito AREA MEDICA.....	23

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ambito CARDIOCHIRURGIA	24
Ambito RETI TEMPO-DIPENDENTI	25
Ambito CHIRURGIA GENERALE	26
Ambito AREA ONCOLOGICA	28
Ambito PERCORSO NASCITA	30
Azioni monitoraggio su qualità delle cure: SORVEGLIANZA E PREVENZIONE.....	35
Misure di prevenzione per l'ANTIBIOTICO RESISTENZA.....	35
Azioni monitoraggio - Qualità percepita dall'utenza: PREMs , PROMs	37
Area RISCHIO CLINICO.....	40
Area PERFORMANCE DI SISTEMA.....	40
Linea RICOVERI.....	41
Linea DONAZIONI	42
Ambito APPROPRIATEZZA CLINICO – ORGANIZZATIVA :	44
Focus TEMPI DI ATTESA Linea ambulatoriale	44
Focus TEMPI DI ATTESA Linea Ricovero	45
Focus Volumi per interventi chirurgici su tumore maligno.....	46
Area STRATEGIE REGIONALI	48
La DEMATERIALIZZAZIONE DELLE PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	48
La TELEVISITE di controllo	50
Area PROGETTI AZIENDALI	51
Focus: CCE Cartella Clinica.....	51
Ambito QUALITÀ E ACCREDITAMENTO.....	52
Misure per la PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	53
RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2021 DAI DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA	57
DAI 01 - MEDICINA DI LABORATORIO	58

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE	65
DAI 04 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	69
DAI 05 - CHIRURGIA GENERALE.....	73
DAI 06 - AREA MEDICA E ONCOLOGICA	77
DAI 07 - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA INTERVENTISTICA.....	82
E MEDICINA NUCLEARE.....	82
DAI 08 – SPECIALITÀ CHIRURGICHE	85
DAI 09 - MATERNO INFANTILE	89
DAI 10 - SPECIALITÀ MEDICHE.....	93
RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2021 DALLE STRUTTURE NON SANITARIE	97

1. PREMESSA

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

Il ciclo della Performance per l'anno 2021 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance 2021-2023 nel quale sono state definite le linee strategiche generali dell'azienda e gli obiettivi da raggiungere per l'anno 2021. Il Piano è stato visionato dall'OIV e adottato con delibera n. **185 del 23/02/2021** ed, infine, pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda alla voce "Amministrazione trasparente", sottosezione "**performance**" https://www.ao-pisa.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2442:ciclo-della-performance-2021&catid=19&Itemid=112

Sulla base delle linee di indirizzo regionali e aziendali, recepite nel Piano della Performance, sono state predisposte le schede di budget per le strutture organizzative dipartimentali sanitarie e per le strutture tecnico professionali e amministrative ed è stata avviata la negoziazione che si è conclusa entro il mese di gennaio, fermo restando che l'assegnazione, e quindi l'operatività degli obiettivi concordati in ciascuna scheda di budget, ha iniziato a decorrere dalla data della firma della stessa.

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

Le schede di budget sono state recepite con delibera n. 508 del 20/05/2021 e pubblicate in Amministrazione trasparente, sempre nella sottosezione "**performance**".

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

L'azienda, a chiusura del ciclo della Performance, ha elaborato la presente relazione che rendiconta sulla performance organizzativa aziendale nel suo complesso, risultante dalla Relazione Sanitaria, dagli esiti del sistema di misurazione e valutazione elaborato dal Laboratorio Management e Sanità, dall'Ars Toscana e dal grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali fissati nel Piano Nazionale Esiti. Infine riporta i risultati degli obiettivi operativi individuati nel budget.

Per quanto riguarda i risultati della valutazione individuale dell'anno 2021 essendo il processo di raccolta delle schede ancora in corso e non essendo ancora state formalizzate le risorse disponibili sui fondi, verrà dato conto nell'apposita sezione dell'Amministrazione trasparente dedicata ai dati relativi alla distribuzione dei premi di produttività denominata "Dati relativi ai premi", una volta completata la liquidazione dei premi di produttività/risultato di competenza 2021.

La presente relazione viene sottoposta per la validazione all'OIV, i cui componenti sono stati nominati da ultimo con delibera n. 579 dell' 8 giugno 2022. La validazione dell'OIV viene pubblicata nell'apposita sezione "Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009".

2.LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA RISULTANTE NEL BERSAGLIO ELABORATO DAL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ

Tra gli obiettivi assegnati dalla Regione Toscana alle aziende sanitarie, con DGRT 171 del 8.03.2021 viene sancita, come per gli scorsi anni, la valutazione dei risultati dell'azienda nel suo complesso espressa dal posizionamento rispetto al bersaglio Mes.

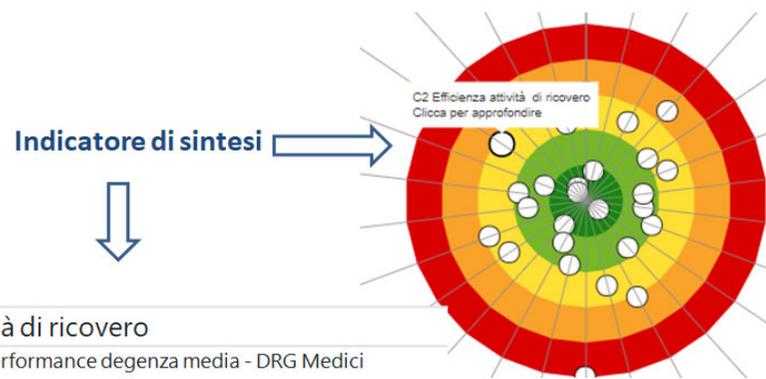
A tale valutazione provvede il Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna il quale è stato incaricato dalla Regione Toscana di misurare e valutare annualmente ogni azienda della regione attraverso un sistema di indicatori, alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con significatività statistica, raggruppati su 5 dimensioni di analisi (lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa, la valutazione dell'esperienza degli utenti, l'ambito dell'Emergenza-Urgenza, il governo e la qualità dell'offerta, l'assistenza farmaceutica, Responsiveness e comunicazione) e di rappresentare sinteticamente i risultati in un bersaglio, consentendo di avere un trend nel tempo della performance di ogni singola azienda e un confronto tra le varie aziende (si rinvia al sito del laboratorio per maggiori dettagli <https://performance.santannapisa.it/pes/start/home.php>).

Il bersaglio evidenzia cinque diverse fasce di valutazione rappresentate da settori circolari. Una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio, in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce progressivamente più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- **fascia verde scuro**, la fascia al centro del bersaglio, corrispondente ad una performance **ottima**. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- **fascia verde chiaro**, la fascia subito adiacente, sempre centrale al bersaglio che evidenzia che la performance è **buona**. La valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- **fascia gialla**, quando la valutazione è tra il 2 e il 3, esprimendo una performance **media**;
- **fascia arancione**, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 ed evidenzia una performance **scarsa**, critica;
- **fascia rossa**, quando la performance è **molto scarsa**, pari o al di sotto del valore 1.

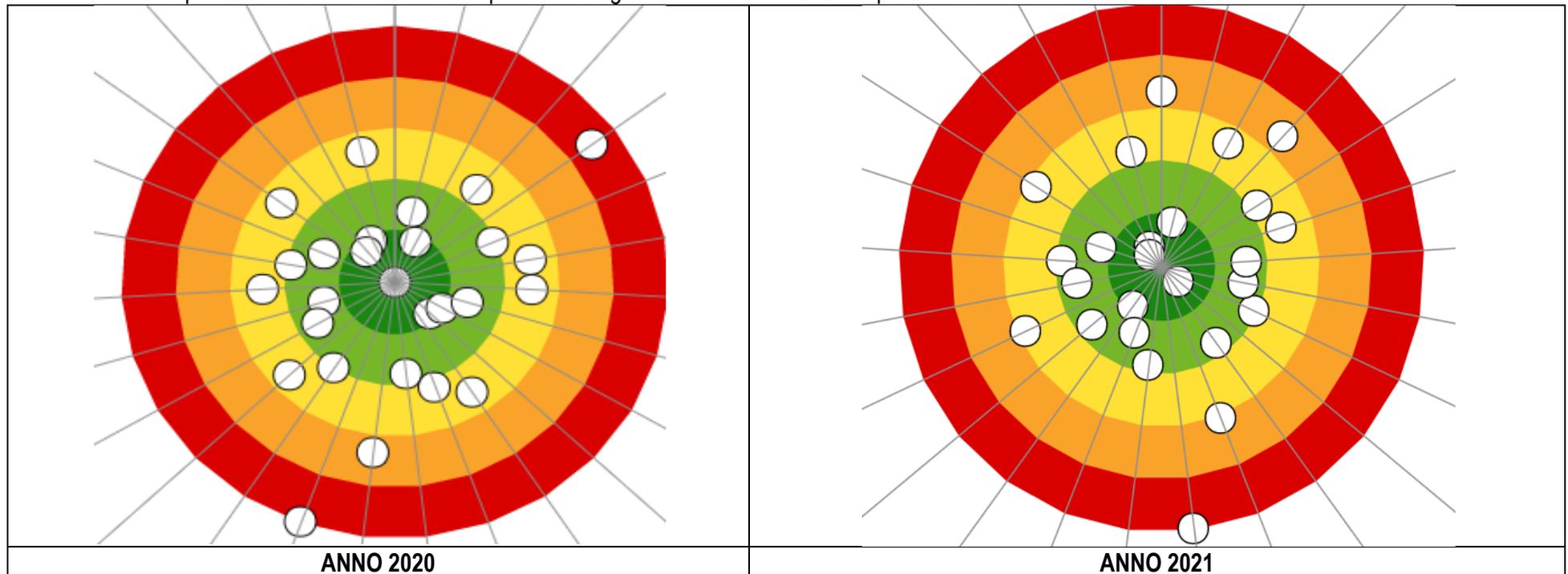
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



- C2** Efficienza attività di ricovero
 - C2A.M** Indice di performance degenza media - DRG Medici
 - Sotto indicatori** **C2A.C** Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici
 - C2A.1** Indice di performance degenza media: ricoveri programmati
 - C2A.3** Degenza media ricoveri ordinari

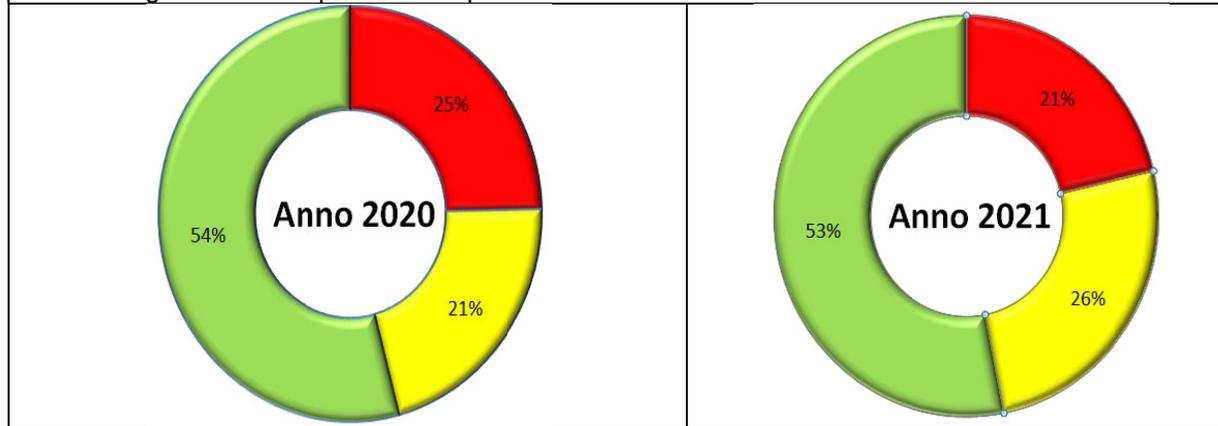
Ogni azienda vede rappresentata graficamente e sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio tramite il posizionamento, nelle fasce di valutazione, di tanti cerchi bianchi, quanti sono le misure degli indicatori di sintesi. Questi raggruppano, secondo una struttura ad albero, set di indicatori sotto ordinati di valutazione ricollegati alla dimensione oggetto di valutazione i cui esiti, spesso pesati, portano alla collocazione nelle fasce del bersaglio dell'indicatore di sintesi rappresentato con il cerchio.

Relativamente al posizionamento dell'Azienda si riporta il bersaglio relativo all'anno 2020 e quello relativo all'anno 2021.

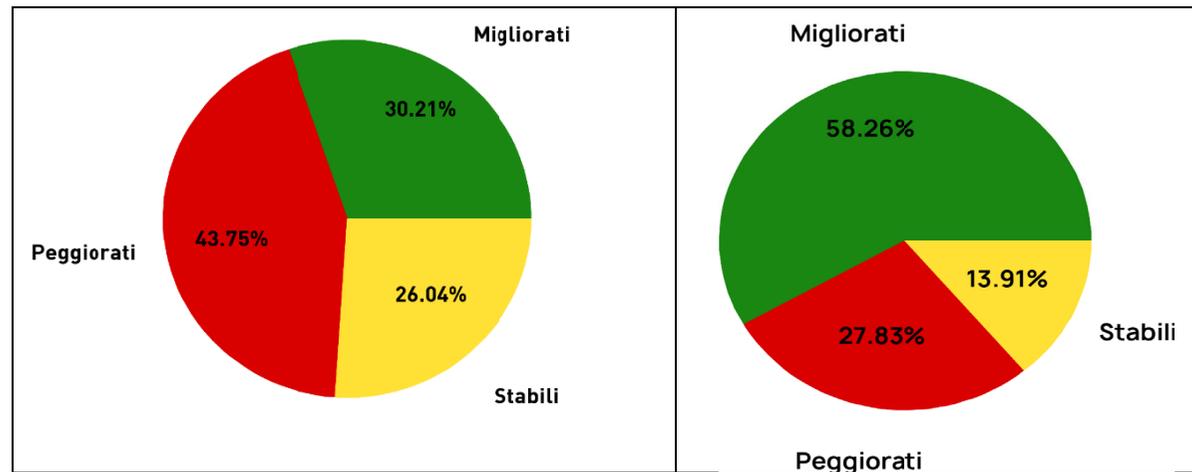


Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Per una immediata rappresentazione del trend nel biennio, sotto viene aggregato il posizionamento degli indicatori alla base di ogni cerchio circolare che esprime la valutazione finale data. L'aggregazione accorpa gli indicatori nel verde per le fasce di valutazione: performance BUONA-OTTIMA, nell'area gialla per quelli relativi alla performance MEDIA e in quella rossa gli indicatori espressione di performance SCARSA-MOLTO SCARSA.



Il confronto tra 2020 e 2021 mostra che si consolida l'area ottimale e si riduce quella critica. Tale risultato è avvalorato dal confronto effettuato tra i valori assunti dai singoli indicatori. Il Laboratorio Mes riporta nei grafici sottostanti la percentuale degli indicatori migliorati, quelli rimasti stabili e quelli peggiorati rispetto all'anno precedente



I grafici mostrano un'attenzione aziendale al miglioramento continuo. I risultati positivi dei singoli indicatori si sono evoluti, giungendo nel 2021 ad una soglia pari a 58,26% di valori più performanti rispetto a quelli del 2020 con contemporanea riduzione della quota di indicatori in peggioramento, pari al 28% rispetto al 44% registrato nel 2020.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Entrando nel dettaglio delle valutazioni, il sistema AOUP sostanzialmente permane positivo, conservando nell'anno 2021 i suoi punti di forza quali la qualità clinica e di processo, l'assistenza nella fase del parto, e la qualità e tempistica degli interventi oncologici, oltre alla sanità digitale e la comunicazione con il cittadino.

Si intensifica l'utilizzo degli strumenti di rilevazione del percepito da parte degli utenti (Prems e Proms), credendo nell'importanza di comprendere come i pazienti sperimentino l'assistenza sanitaria, nelle sue molteplici dimensioni, fino a misurare la soddisfazione complessiva e la disponibilità a raccomandare il reparto a parenti e amici.

Migliora la valutazione del percorso del pronto soccorso misurata nell'appropriatezza della scelta del setting assistenziale per i pazienti inviati a ricovero, nel fenomeno degli accessi ripetuti, nelle tempistiche di permanenza in PS con dimissione ambulatoriale o a domicilio e nel fenomeno degli abbandoni non presidiati.

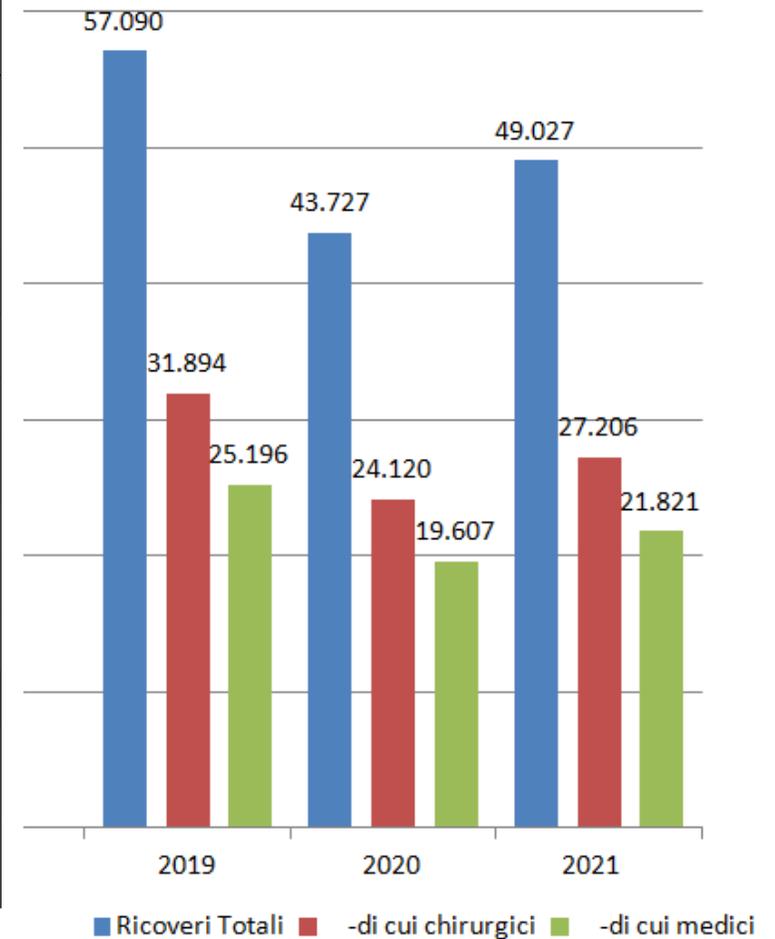
Rimane tra le criticità la valutazione degli utenti in area materno infantile, soprattutto dettata dalle restrizioni anti COVID in tema di accompagnatore/caregiver durante il travaglio, il parto e il post-partum. Si conferma la valutazione negativa nella riabilitazione ove si valuta non tanto la qualità del servizio quanto la continuità tra dimissione e inizio dell'attività di riabilitazione che dovrebbe avvenire nello stesso giorno. In AOUP gli spazi dedicati (ridotti e/o chiusi per ragioni di contrasto alla pandemia) e l'organizzazione interna, fondata sul week hospital, rendono tale modalità di misurazione non idonea ad apprezzare le dinamiche del servizio.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

3. OBIETTIVI STRATEGICI : RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Dati generali sulle attività e di ricovero

AOUP- Attivita'/Anno	2020	2021	delta 2021 vs 2020	delta% 2021 vs 2020
Ricoveri Totali	43.727	49.027	+5.300	+12%
-di cui chirurgici	24.120	27.206	+3.086	+13%
-di cui medici	19.607	21.821	+2.214	+11%
Ricoveri ordinari	35.332	39.134	+3.802	+11%
Ricoveri in DH	8.395	9.893	+1.498	+18%
di cui Ricoveri programmati	27.070	30.641	+3.571	+13%
di cui Ricoveri Urgenti (PS e diretti	14.999	16.616	+1.617	+11%
Giornate di degenza	251.337	280.749	29.412	+12%
% attrazione FUORI REGIONE	13,9%	14,6%		0,6%
% ricoveri chirurgici acuti	55%	55%		0,3%
Peso medio acuti Ordinari	1,34	1,32	-0,02	-2%
Importo totale ricoveri (k€) a compensazione e non	€ 199.984.411	€ 219.595.250	+19.610.839	+10%
Remunerazione media ricovero ordinario acuto	€ 5.476	€ 5.428	-47	-1%
Posti Letto	1.165	1.108		



Nel corso dell'anno 2021, gli effetti della pandemia da Sars Cov-2 hanno continuato ad avere un rilevante impatto sulla produzione di attività di ricovero erogate dall'Azienda sebbene si stia cercando di tornare ai livelli di produzione quali-quantitativi ante pandemia.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Nello specifico sono stati effettuati n. 49.027 ricoveri complessivi (+5.300 rispetto al 2020) di cui n.9.893 erogati in regime di ricovero day hospital e n.39.134 erogati in regime di ricovero ordinario.

Se da un lato le attività erogate nel corso dell'anno 2021, da un punto di vista quantitativo, non sono ancora in linea con quanto erogato in fase pre-pandemica, l'aumento dei volumi rispetto al 2020, dal punto di vista qualitativo, ha mostrato un consolidamento in ambito di appropriatezza, qualità ed efficienza dell'erogato che si può sostanziare:

- nel mantenimento di ottimi livelli di **degenza media** che si attesta sul valore di 6,8 giornate nonostante i 15,83 giorni di degenza media registrati per i pazienti Cov+;
- nel mantenimento del **peso medio per caso trattato** (ricovero ordinario) sull'1,3 a fronte di 1,23 del 2019.
- nell'aumento dell'**attrattività extra regionale** che si è attestata al 14,06% (+0.6% rispetto al 2020);
- nel mantenimento della **vocazione chirurgica** che rimane sul 55%;
- nel mantenimento di un **valore medio** per caso trattato di oltre € 5.400, rispetto ai 4.892 del 2019;

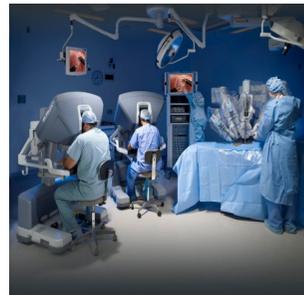
Le attività del Centro Multidisciplinare Ricovero Breve

Dal 2015 è attivo in AOUP un polo multidisciplinare del ricovero breve, dove confluiscono prestazioni chirurgiche programmate di bassa e media complessità di molte attività specialistiche. Negli ultimi 5 anni, grazie al prezioso lavoro di coordinamento delle direzioni sanitarie e aziendale ed alla collaborazione di tutte le strutture di staff e di line coinvolte, è stato possibile osservare un considerevole aumento nelle prestazioni effettuate nella modalità a ciclo breve diurno, che sono passate da 1.453 nel 2015 a 2.600 nel 2019 (+78%) scesi a 2.090 nel 2020 (-19%) e in risalita nel 2021 (2.341 prestazioni, attestandosi al -10% rispetto al 2019);



Come è facile intuire, la flessione dei volumi trattati è stata direttamente determinata dai vincoli operativi imposti dalle misure di contenimento del virus, che hanno agito imponendo il blocco all'attività programmata rinviabile.

La chirurgia robotica:

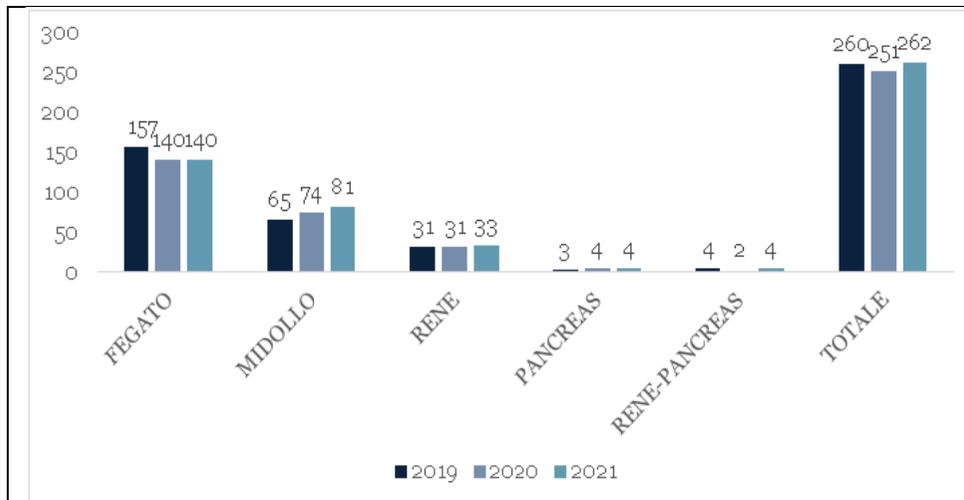


Il Centro Multidisciplinare di Chirurgia Robotica AVNO I dati principali - Volumi e costi



Dal 2014 più di 400 interventi per Piattaforma robotica e con il 2021 l'attività riprende la sua crescita

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



L'attività trapiantologica

Contrariamente a quanto accaduto all'attività chirurgica programmabile, l'attività trapiantologica è stata, invece, erogata con continuità nel triennio. Con una produzione complessiva di 262 trapianti (vs 251 nel 2020 e 260 nel 2019) le strutture chirurgiche hanno mantenuto sostanzialmente stabili i livelli di produzione ultra-specialistica. La linea di attività, infatti, non ha subito rallentamenti dai provvedimenti di vincolo finalizzati al contenimento del contagio imposti alla produzione ospedaliera, essendo stata ricompresa nella casistica non rinviabile ed urgente a salvaguardia e tutela della salute.

Obiettivi piano performance 2021

Come risultato del processo negoziale e sulla base degli indirizzi di programmazione regionale gli obiettivi strategici contenuti nel Piano della Performance 2021 erano stati raggruppati in sottogruppi/aree:

	1) SOSTENIBILITÀ ECONOMICA
	2) QUALITÀ DELLE CURE
	3) RISCHIO CLINICO
	4) PERFORMANCE DI SISTEMA
	5) GOVERNO DELL'ONCOLOGIA
	6) STRATEGIE REGIONALI
	7) PROGETTI AZIENDALI

Per comodità espositiva si rappresentano di seguito i risultati raggiunti in ciascuna area a livello aziendale.

Area SOSTENIBILITÀ ECONOMICA



Nell'area della sostenibilità economica il management aziendale raggruppa gli obiettivi che definiscono le azioni finalizzate al governo dei costi ed al consolidamento dei ricavi.

Anche per l'anno 2021 sono state sviluppate azioni di monitoraggio e di controllo periodico dei trend di consumo dei beni sanitari.

Articolati per ciascuna delle categorie attenzionate (farmaci, diagnostici e dispositivi), gli obiettivi di governo dei costi sono stati rappresentati distinguendo le componenti ordinarie da quelle speciali di ciascuna voce di costo (intendendo con il termine "speciale" sia le quote di spesa determinate dai prodotti a maggiore consumo, sia da quelli a maggiore impatto economico). A ciascuna delle componenti individuate sono state affiancate specifiche misure di contenimento della spesa, realizzate mediante confronto periodico delle risorse consegnate ai reparti di attività a specifici tetti di spesa standardizzati rispetto ai livelli di produzione realizzata nelle annualità considerate di riferimento.

Specifiche misure finalizzate alla verifica dell'appropriatezza nella prescrizione e nell'impiego delle risorse utilizzate hanno poi completato il modello operativo di controllo prescelto.

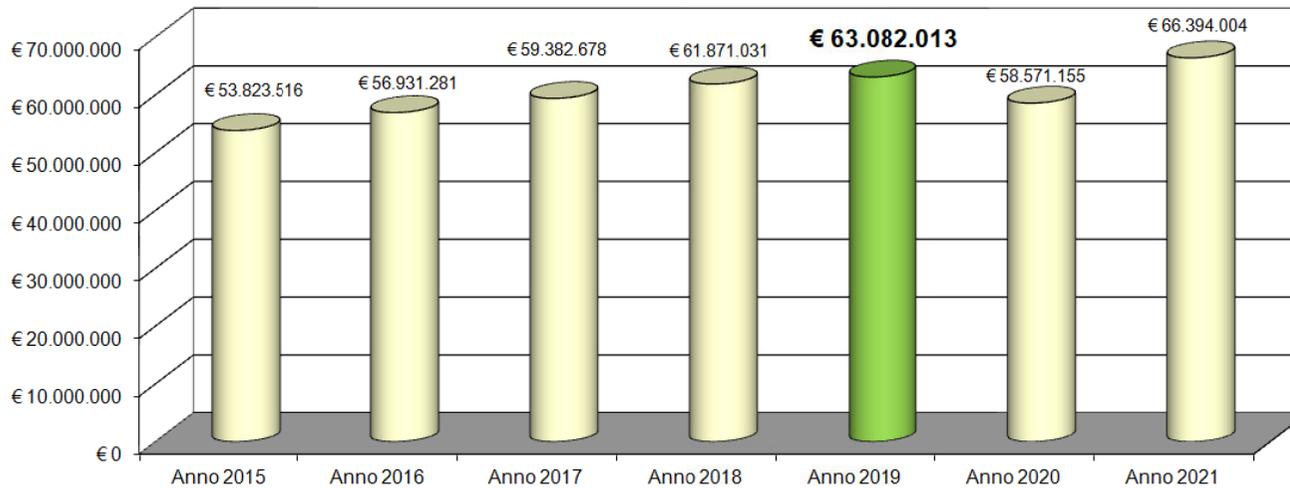
Segnatamente alle singole categorie di costo segnaliamo:

DISPOSITIVI MEDICI

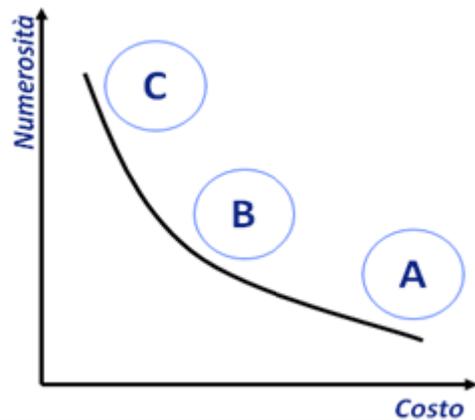
AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI DIPARTIMENTALE	
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	costo 2021 vs costi 2019;	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2021 ≤ costi 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTI NEL COMPLESSO delta 2021 vs 2019: 2.279.000 (4,5%) Attività chirurgica -15% vs 2019; +7% aumento peso medio per caso trattato	
		DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	volumi utilizzo DAT 2021 vs volumi DAT programmato 2021 (fonte report UO Farmaceutica Gestione dispositivi medici)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volume utilizzo DAT 2021 effettivo ≤ volume utilizzo DAT programmato 2021	VALUTAZIONE DIPARTIMENTI NEL COMPLESSO Consegnato: 8.122.000 Programmato: 9.199.000	

Per quanto concerne i dispositivi medici ed i dispositivi impiantabili, l'indicazione fornita è stata di prevedere il mantenimento dei costi ai livelli risultanti dal bilancio d'esercizio 2019 (ossia l'ultimo anno non interessato dall'emergenza COVID-19).

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Il processo di consumo dei dispositivi, stante la loro continua innovazione tecnologica, può essere rappresentato come segue.



A = articoli poco numerosi ma molto costosi e vitali dal punto di vista economico (DAT)

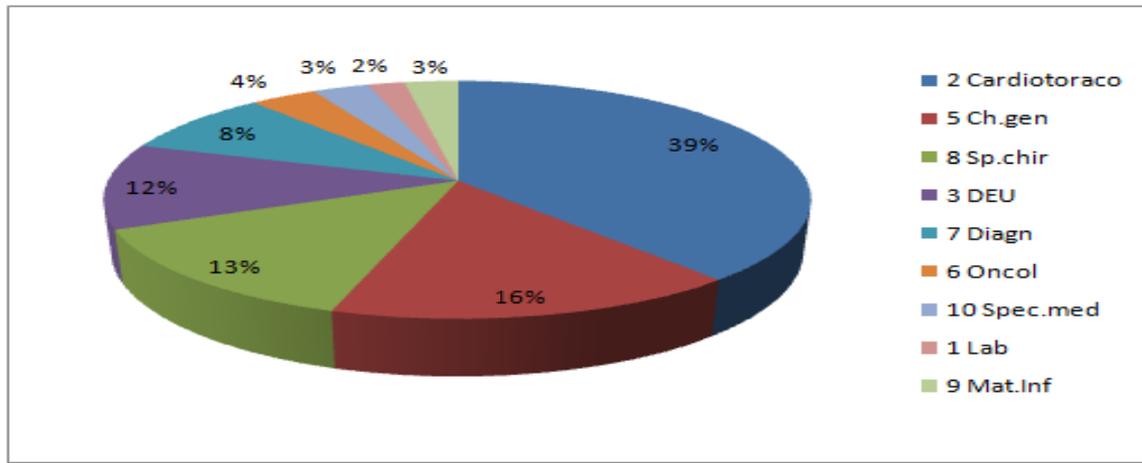
B = articoli mediamente numerosi e di valore economico medio

C = articoli comuni molto numerosi ma poco costosi

Le evidenze scientifiche indirizzano verso l'utilizzo di tecniche chirurgiche sempre nuove, frutto di avanzamenti e aggiornamenti tecnologici dei Dispositivi. In questo contesto l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, azienda a prevalente vocazione chirurgica, fortemente radicata nel contesto nazionale ed internazionale, costituisce un centro "Hub" nella rete ospedaliera dell'Area Vasta Nord Ovest. Grazie inoltre alla presenza di Centri e Percorsi assistenziali di alta specialità nella propria organizzazione, registra un numero sempre crescente di interventi chirurgici specialistici di alta complessità in piena collaborazione con le equipe professionali presenti negli altri ospedali dell'area.

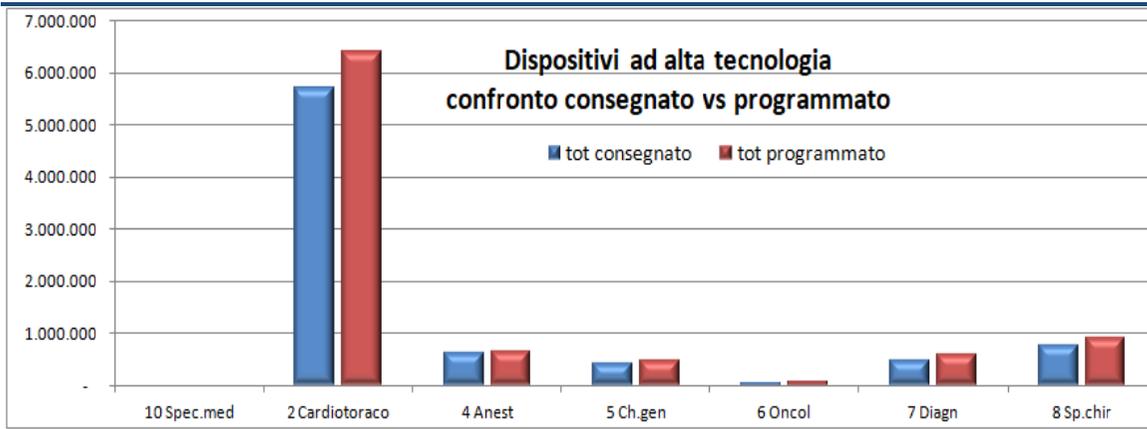
L'AOUP, inoltre, rispetto alle altre aziende ospedaliere toscane, fungendo anche da ospedale cittadino, mantiene volumi produttivi elevati anche per le linee ordinarie di chirurgia routinaria di media e bassa specialità, che cerca di organizzare in setting produttivi rinnovati.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Le azioni di monitoraggio, comunque intraprese, finalizzate al governo dei costi per dispositivi a livello aziendale, hanno consentito il controllo in tutte le fasi dell'anno.

Quasi l'80% della spesa risulta allocata in soli 4 dei 10 dipartimenti sanitari che utilizzano dispositivi e quasi la metà è stata gestita nel Dipartimento Cardio Toraco Vascolare.

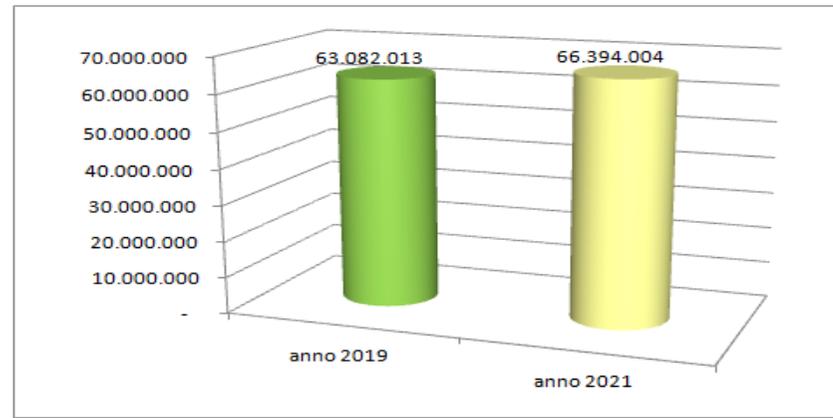


Gli obiettivi di controllo e contenimento dei costi si sono innanzitutto focalizzati sui dispositivi più innovativi a maggior impatto economico (DAT: Dispositivi ad alta tecnologica, lettera A del grafico sopra) mediante la programmazione degli interventi effettuabili nell'anno e il monitoraggio mensile del loro impiego conforme agli indirizzi.

I dipartimenti interessati hanno tutti lavorato in modo aderente alla programmazione concertata ad inizio anno raggiungendo l'obiettivo, come da grafico a fianco.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Costi 2019-2021



La ricerca continua di standard operativi innovativi che impattino sulle metodiche e sui tempi dell'intervento chirurgico per raggiungere migliori esiti clinici, riduzione delle complicazioni e un più efficace decorso dei pazienti ha portato ad un incremento complessivo dei costi dei dispositivi in AOUP rispetto al 2019, non consentendo di centrare l'obiettivo.

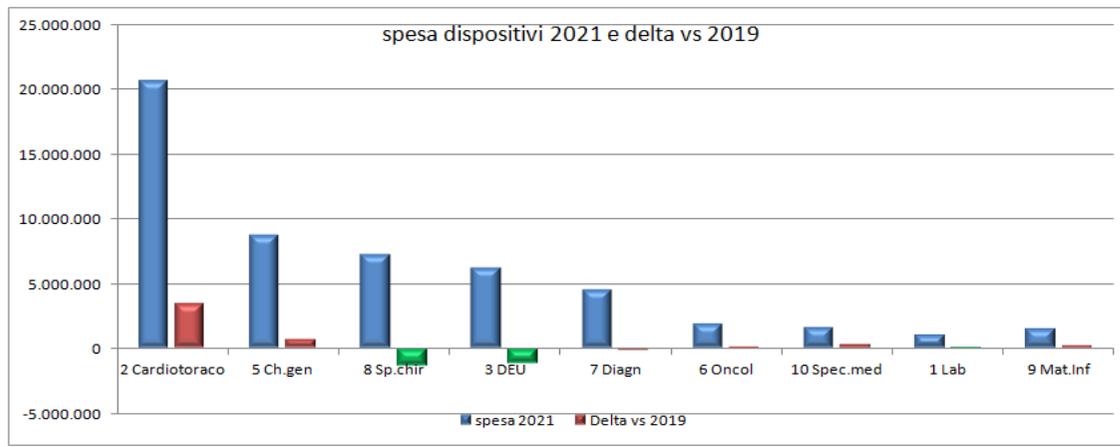
AOUP- Attivita'/Anno	2019	2021	delta 2021 vs 2019	delta% 2021 vs 2019
Ricoveri Totali	57.090	49.027	-8.063	-14%
-di cui chirurgici	31.894	27.206	-4.688	-15%
-di cui medici	25.196	21.821	-3.375	-13%
Peso medio acuti Ordinari	1,23	1,32	0,09	+7%

L'aumento dei costi indicato, oltre che all'innovazione si correla, più che ad un aumento dei volumi delle attività rispetto al 2019, al trattamento di una casistica altamente più complessa, come attestato dai dati afferenti all'Azienda nel suo complesso.

Il peso medio per caso trattato è cresciuto del +7% rispetto al 2019.

Inoltre non va trascurato il fenomeno dell'aumento del consumo dei dispositivi di protezione individuale, largamente diffusi per l'emergenza COVID (rientranti nei dispositivi numerosi a basso costo, lettera C del grafico a pagina 12) il cui utilizzo non è paragonabile con l'anno 2019 di confronto.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



In 2 dei 4 dipartimenti a maggior assorbimento di dispositivi, per la loro vocazione chirurgica, si concentra l'aumento delle spese, a cui si lega il già indicato aumento di peso medio per caso trattato

DIAGNOSTICI

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI DIPARTIMENTALE	
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: a) costi dispositivi diagnostici in vitro il cui consumo è strettamente connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2020; b) costi dispositivi diagnostici il cui consumo non è connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2019;	a) costo 2021 vs costi 2020; b) costo 2021 vs costi 2019; (fonte report DAI Laboratorio in raccordo con UO CdG)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: a) costo 2021 ≤ costi 2020; b) costo 2021 ≤ costi 2019;	VALUTAZIONE DIPARTIMENTI NEL COMPLESSO a)2021 vs 2020 (covid): -1.439.000 (-24%) b)2021vs 2019 (no covid): +195.738 (+1,2%)	

DIPARTIMENTO	CONSUMI 2019	CONSUMI 2021	CONSUMI NO COVID 2021	costi diagnostici non connessi a COVID-19, non superiori a quelli del 2019 DELTA 2021 vs 2019	CONSUMI COVID 2020	CONSUMI COVID 2021	costi diagnostici onnessi all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2020 DELTA 2021 vs 2020	I dipartimenti hanno raggiunto l'obiettivo o non si sono scostati in maniera significativa ad eccezione del Dipartimento Area medica e oncologica, la cui maggiore spesa rispetto all'anno 2021 è stata determinata dallo svolgimento delle attività di biologia molecolare per tutta l'Area
Medicina di Laboratorio:	14.583.909 €	19.137.881 €	14.662.790 €	78.881 €	5.722.935 €	4.475.091 €	-1.247.844 €	
Emergenza e Accettazione:	225.333 €	248.205 €	222.292 €	-3.041 €	76.885 €	25.913 €	-50.972 €	
Anestesia e	299.818 €	411.040 €	298.560 €	-1.258 €	260.067 €	112.480 €	-147.587 €	

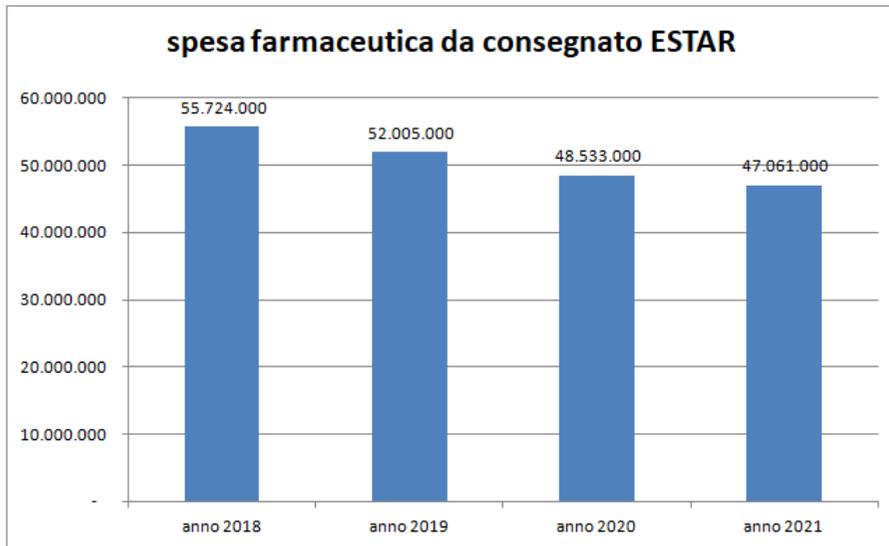
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Rianimazione:								Vasta Nord Ovest (aumento del 16%, +22% di pazienti)
Area Medica e Oncologica:	708.772 €	861.983 €	861.983 €	153.211 €	0 €	0 €		
Materno Infantile:	172.705 €	218.932 €	161.803 €	-10.902 €	38.149 €	57.129 €	18.980 €	
Specialità Mediche:	271.426 €	250.273 €	250.273 €	-21.153 €	11.616 €		-11.616 €	
TOTALE	16.261.963 €	21.128.314 €	16.457.701 €	195.738 €	6.109.652 €	4.670.613 €	-1.439.039	
				+1,2%			-24%	

FARMACEUTICA

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI DIPARTIMENTALE	
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	costi 2021 vs 2020	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2021 ≤ costi 2020	delta 2021 vs 2020: 1.472.000 (-3%)	
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.	1a) up medicinale biosimilare/up Totale dispensato biosimiliare +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	raggiunto	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Le azioni in cui è stato articolato l'obiettivo di governo della spesa farmaceutica sono state orientate al contenimento dei costi. L'AOUP ha realizzato una riduzione della spesa negli ultimi anni in controtendenza rispetto all'andamento regionale e nazionale, ottimizzando gli effetti derivanti dall'utilizzo dei farmaci biosimilari, dei farmaci genericati e dei minori costi risultati nel tempo da gare regionali, unitamente ad una sinergica azione di appropriatezza gestionale e prescrittiva.

OBIETTIVO Consolidamento Ricavi:

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI DIPARTIMENTALE	
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	Raggiunto: le strutture interessate hanno scaricato i farmaci sul flusso	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DIPARTIMENTI	2020 Periodo Mesi (01-12)	2021 Periodo Mesi (01-12)	▲ 2021 vs 2020	% ▲ 2021 vs 2020
01-Medicina di Laboratorio	9.263	8.296	- 967,01	-10,44%
02-Cardioracovascolare	4.604.636	5.617.547	1.012.911,20	22,00%
03-Emergenza	5.608	25.486	19.877,97	354,43%
04-Anestesia e rianimazione	124.679	83.273	- 41.405,39	-33,21%
05-Chirurgia generale	1.007.884	944.798	- 63.085,15	-6,26%
06-Area Medica e Oncologia	22.899.248	19.524.252	- 3.374.995,98	-14,74%
07-Radiologia diagnostica interventistica e Medicina	209.620	776.236	566.616,24	270,31%
08-Specialità Chirurgiche	704.840	1.192.788	487.947,71	69,23%
09-MATERNINO INFANTILE	626.290	902.726	276.435,91	44,14%
10-Specialità Mediche	3.359.709	4.466.326	1.106.617,34	32,94%
TOTALE	33.551.789	33.541.730	- 10.059,26	-0,03%

Per quanto riguarda il **flusso FED**, monitorato al fine del consolidamento dei ricavi, è significativo rilevare come lo stesso, anche nell'anno 2021, sia stato correttamente registrato da parte di tutte le strutture, come richiesto dall'obiettivo. Ciò ha consentito, nonostante la riduzione complessiva dell'attività ospedaliera, il consolidamento dei livelli di spesa rimborsata, che sono rimasti stabili sui 33,5 milioni di euro. La riduzione aziendale complessiva dei flussi di ricavo è stata solo del -0,03%, per un totale di 10.000 euro. La riduzione dei ricavi si è concentrata nel dipartimento Oncologico e in particolare nelle strutture di Oncologia, causa il calo degli accessi.

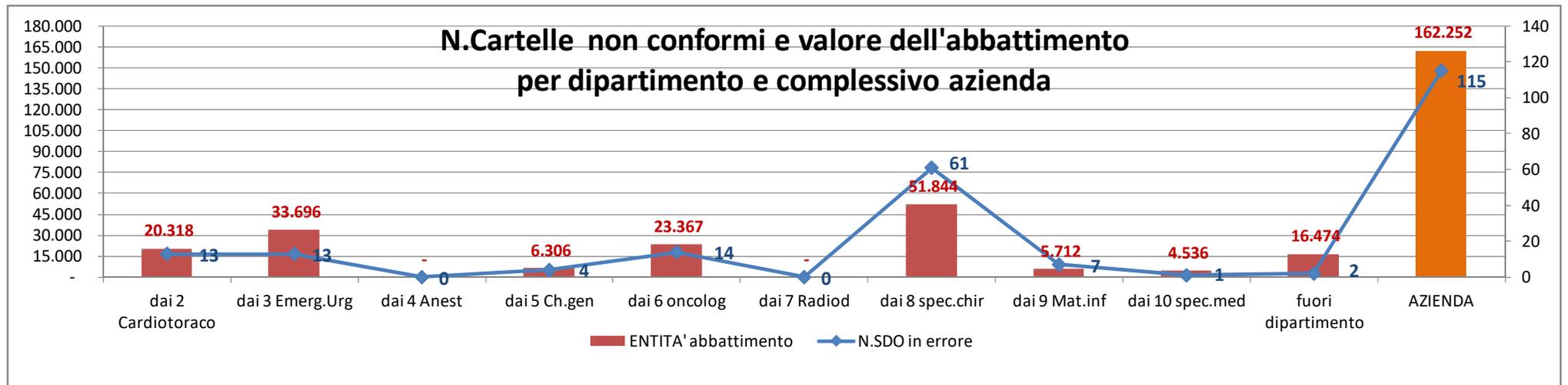
- Azioni monitoraggio sulla completezza sull'accuratezza delle registrazioni dei Flussi Regionali DOC

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI DIPARTIMENTALE
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 50% della retribuzione di risultato del direttore di struttura cui è imputata la responsabilità della compilazione della cartella clinica e relativa SDO in proporzione all'entità della perdita economica applicata dal team di AV (fasce di decurtazione)	N. Cartelle errate: 115; Valore abbattimento DRG: 162.252



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Il controllo sulla qualità ed accuratezza nella tenuta e gestione documentale correlata ai percorsi di ricovero che esitano nelle Schede di Dimissione Ospedaliera confluenti nel Flusso Sdo, condotto su iniziativa della Regione Toscana (**Controlli PAC 2020 di cui alla Delibera GRT 188/2019**), ha portato nell'anno 2021 ad una penalizzazione sulle tariffe connesse ai DRG prodotti per il campione di episodi di ricovero esaminati. I controlli effettuati, correlando le evidenze documentali a specifiche classi di item corrispondenti a standard qualitativi definiti, si sono tradotti in un abbattimento dei ricavi correlati alle prestazioni di ricovero oggetto di indagine, che nel 2021 ammontano a complessivi 162.252 euro, per 115 cartelle non conformi, per le quali di seguito si rappresenta la distribuzione per dipartimento con correlato valore di riduzione dei DRG.



Al fine di tenere alta l'attenzione sulla corretta e completa compilazione della documentazione dei ricoveri, da diversi cicli della performance è stata prevista una ricaduta, in termini di abbattimento economico, sulla retribuzione di risultato, per i direttori di quelle strutture che avessero originato una riduzione sulle tariffe riconosciute ai DRG prodotti. È stata così applicata a 34 direttori una percentuale di penalizzazione graduata in base al volume delle cartelle non compilate correttamente nella propria struttura e all'entità dei mancati ricavi generati.

Area QUALITÀ DELLE CURE

Gli obiettivi finalizzati al perseguimento della qualità in ambito clinico e chirurgico, sono stati raggruppati in sotto aree attenzionate dall'azienda.

All'interno si concentrano gli indicatori di esito e di processo contenuti nel Programma Regionale di Osservazione degli Esiti (PrOsE), elaborati dall'Agenzia Regionale della Sanità e alcuni specifici indicatori elaborati dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna e facenti parte del set di indicatori che concorrono ai risultati riportati nel bersaglio.

Le altre linee perseguite all'interno di quest'area riguardano il contenimento **nell'utilizzo di antibiotici (Fluorochinoloni e Carbapenemi)** e l'applicazione delle misure del **rischio clinico**, attraverso la corretta attuazione delle **Pratiche Cliniche**.

Infine trova spazio la **Qualità Percepita dall'utenza**, dove tra gli altri trovano espressione le indagini gestite dal Laboratorio Mes su metodologia webservice: - Proms (Patient Reported Outcome Measures) e Prems (Patient Reported Experience Measures).

Azioni monitoraggio su qualità delle cure: Indicatori di ESITO e di PROCESSO

Particolare rilevanza regionale ha l'analisi degli Esiti, nel breve e nel lungo periodo, del trattamento di diverse patologie ad alta incidenza di mortalità e l'analisi di indicatori che misurano la scelta di ricorrere a particolari procedure chirurgiche in luogo di altre che comportano un peggior decorso chirurgico. Sono individuabili diverse aree tramite cui è possibile misurare la bontà della qualità delle cure erogate.

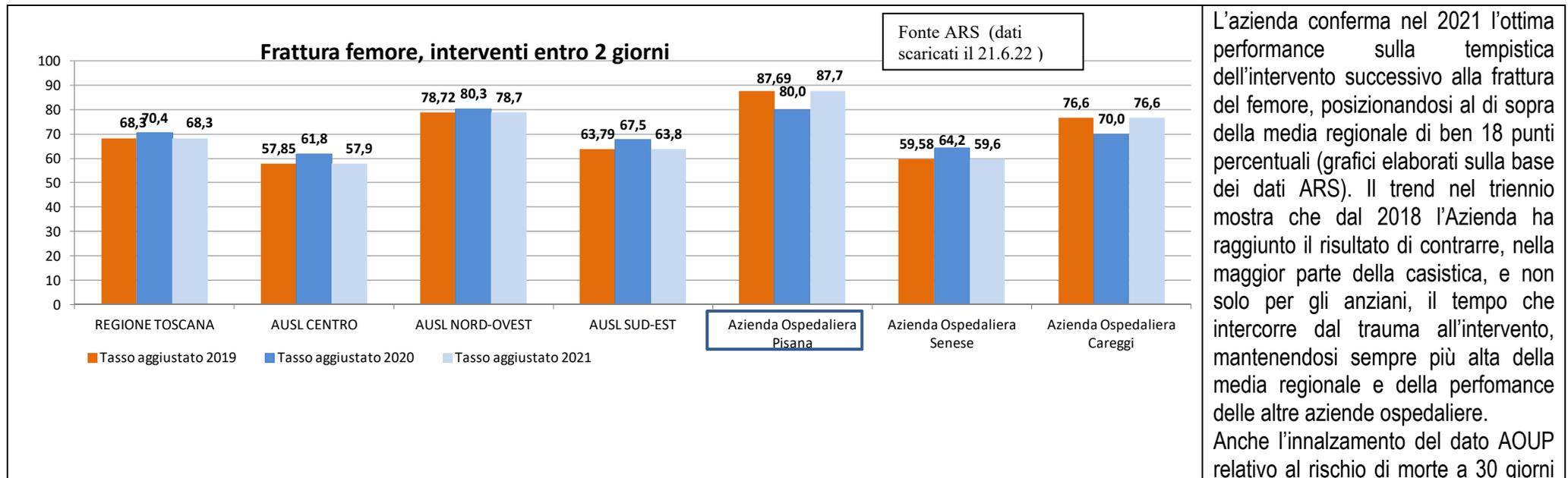
Di seguito si riportano i dati (come da fonte Ars) distinti nei seguenti ambiti: area medica, reti tempo-dipendenti, chirurgia generale, area oncologica, percorso nascita, ortopedia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

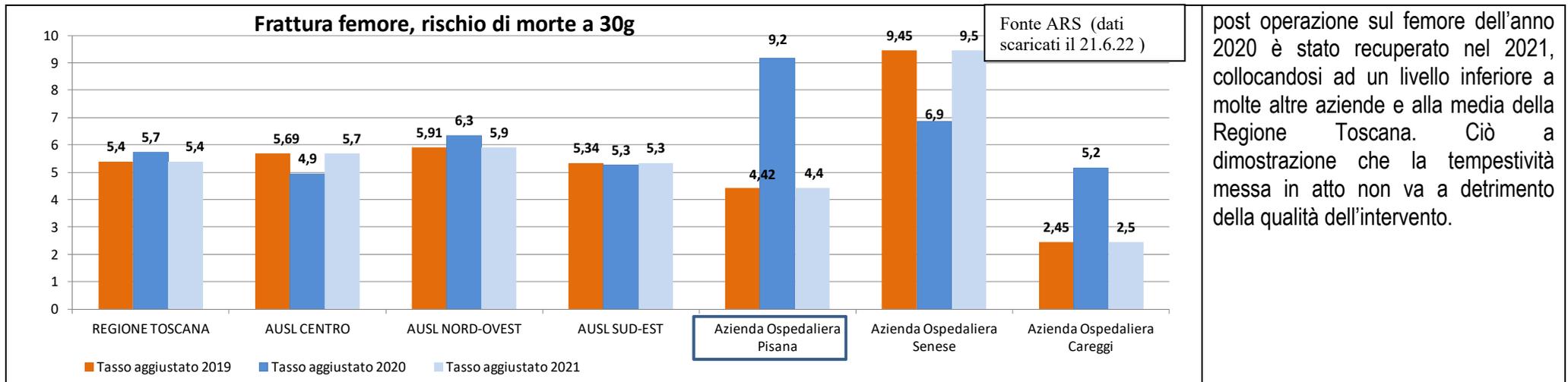
Ambito ORTOPEDIA

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Frattura femore , percentuale interventi 2g (UO Ortopedia e Traum.2, UO Ortopedia e Traum.1)	Interventi entro 48 h dalla diagnosi per frattura del collo del femore/Tutti gli interventi per frattura del collo del femore -	VALUTAZIONE STRUTTURA: >85%	2021: 87,7 2020: 80	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Frattura femore , rischio morte 30g (UO Ortopedia e Traum.2, UO Ortopedia e Traum.1)	Decessi entro 30 giorni dal ricovero per frattura del collo del femore/Ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore - Aggiustamento per comorbidità,	VALUTAZIONE STRUTTURA mantenimento/miglioramento	2021: 4,4 2020: 9,2	

Focus confronto dati Aziende Sanitarie Toscane



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



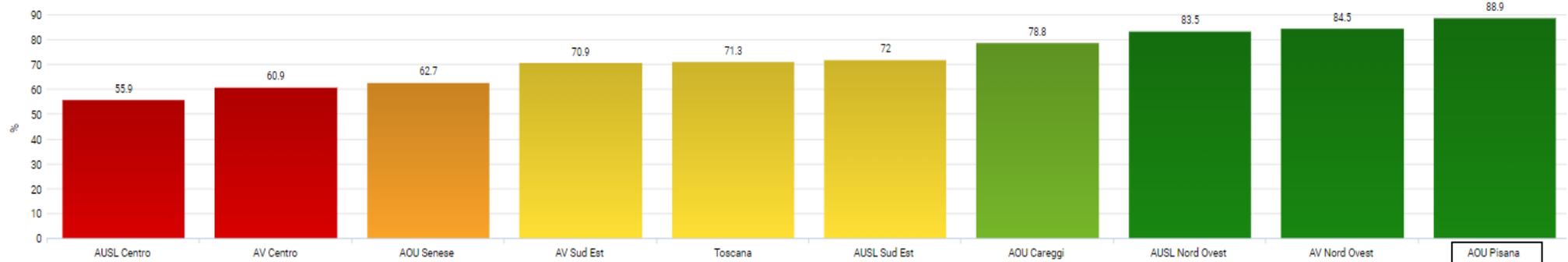
post operazione sul femore dell'anno 2020 è stato recuperato nel 2021, collocandosi ad un livello inferiore a molte altre aziende e alla media della Regione Toscana. Ciò a dimostrazione che la tempestività messa in atto non va a detrimento della qualità dell'intervento.

Sullo stesso tema, il Laboratorio Mes anche per quest'anno valuta l'AOUP come quella che ha realizzato la migliore performance, come si desume dal grafico sottostante.

C5.2 Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni

Per questo indicatore è previsto un cutoff pari a 30 da applicare al denominatore. Nei grafici compaiono le sole strutture che superano il cutoff. Nella sezione "Tabella dati" sono presenti tutti i valori dell'indicatore.

Aziende - Anno 2021

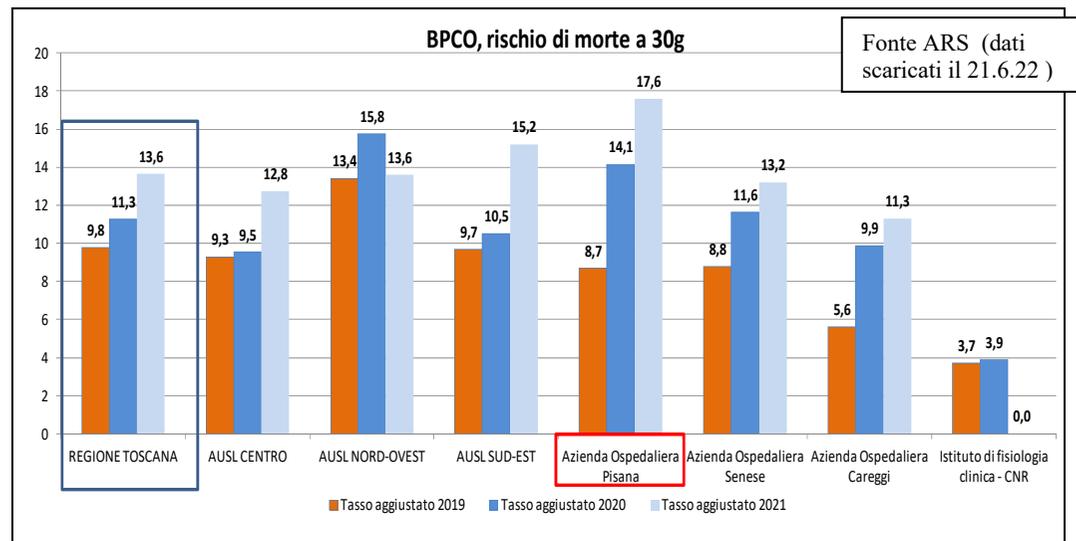


Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ambito AREA MEDICA

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	BPCO , rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dal ricovero ovunque avvenuti/Eventi di riacutizzazione di BPCO ricoverati in ospedale - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	mantenimento/miglioramento	2021: 17,6 2020: 14,1	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Scompenso CC , rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di SC ricoverati in ospedale - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	mantenimento/miglioramento	2021: 9,5 2020: 10,5	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Polmonite , rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti /Eventi di polmonite ricoverati in ospedale - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	mantenimento/miglioramento	2021: 12,4 2020: 14,4	

L'indice di mortalità per l'area medica, nel 2021, ha visto tendenzialmente un peggioramento in tutta la Toscana per quanto riguarda il rischio di morte per **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**. Certamente la situazione contingente ha pesantemente influito sul dato aziendale, in cui il virus del Covid-19 è stato un elemento peggiorativo degli esiti di patologie croniche cardio-respiratorie, come si può evincere dai dati riportati in grafico.



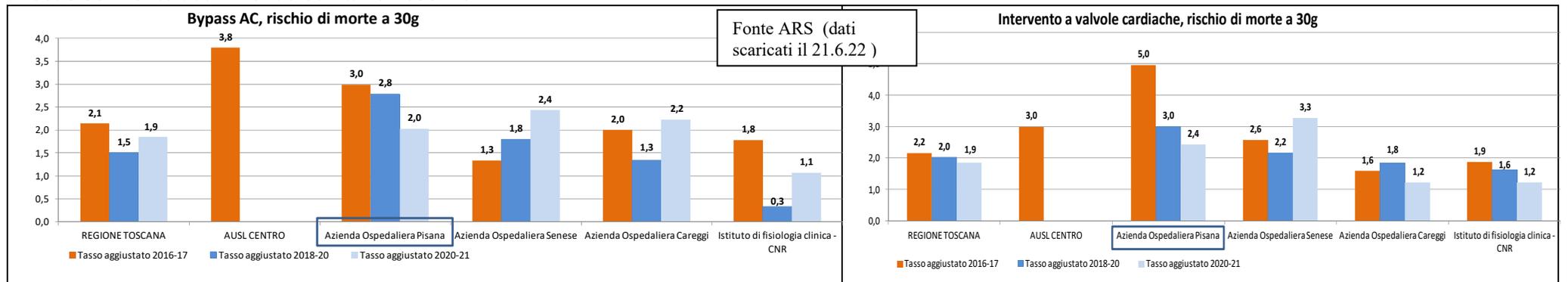
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ambito CARDIOCHIRURGIA

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento a valvole cardiache, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2020-21: 2,0 2018-19: 2,8	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Bypass AC, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti /Interventi di by-pass isolato - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2020-21: 2,4 2018-19: 3,0	

L'intervento di by-pass aorto-coronarico è una procedura ampiamente diffusa e capace di allungare l'aspettativa di vita del paziente. Il rischio di morte a 30 giorni da un intervento di questo genere misura la qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia ma è comunque condizionato da diversi fattori di rischio, come ad esempio età, genere e condizioni di salute del paziente. Il grafico sottostante evidenzia che negli anni 2016-2017 l'AOUPI era significativamente sopra la media Toscana, mentre negli anni successivi si è registrato un trend in avvicinamento rispetto alla media grezza regionale. Stesso andamento per gli interventi sulle valvole cardiache.

Focus confronto dati Aziende Sanitarie Toscane

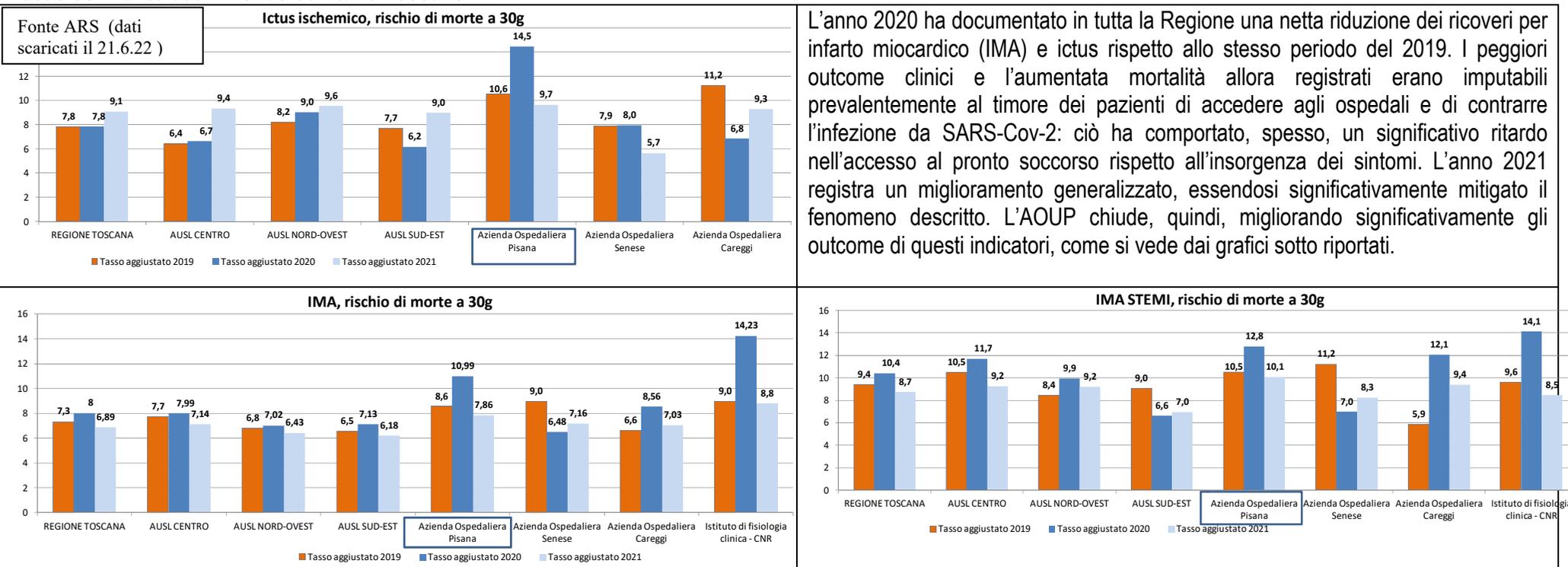


Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ambito RETI TEMPO-DIPENDENTI

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Ictus ischemico, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti/Eventi indice di ictus	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2021: 9,7 2020: 14,5	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	IMA, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA ricoverati in ospedale - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2021: 7,86 2020: 10,99	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	IMA-ST, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA stemi ricoverati in ospedale - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2021: 10,1 2020: 12,8	

Focus confronto dati Aziende Sanitarie Toscane

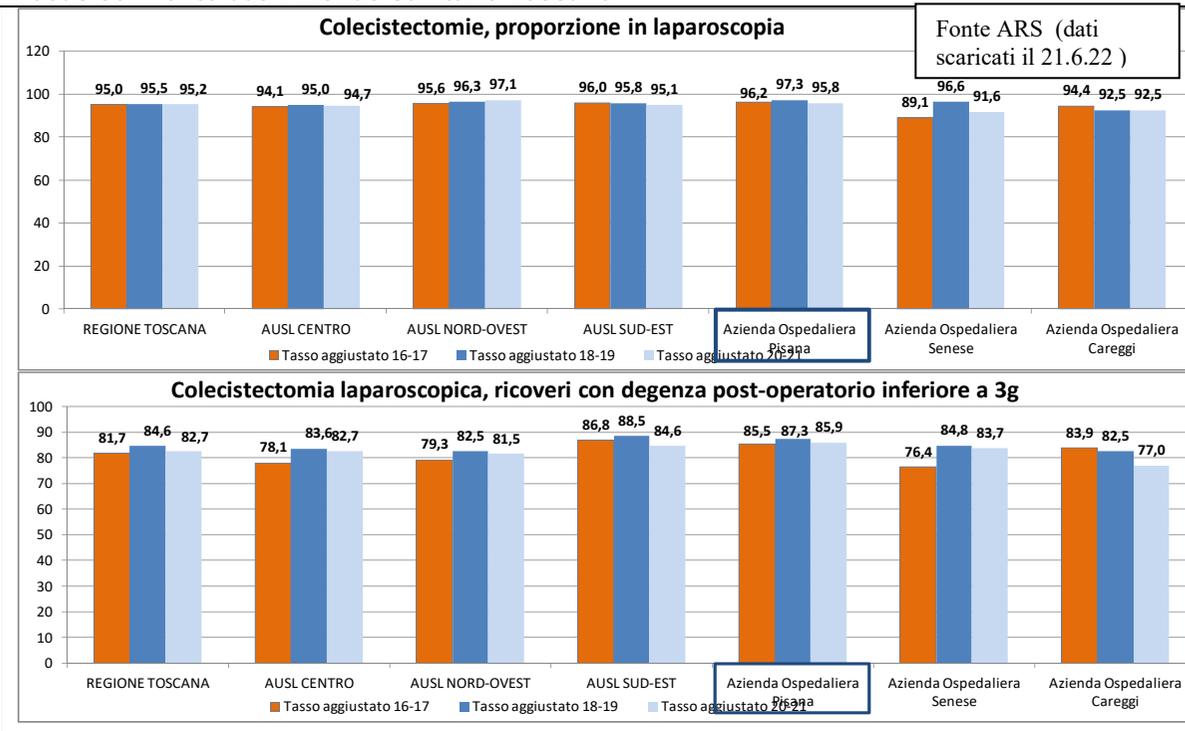


Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ambito CHIRURGIA GENERALE

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post operatoria entro 3 giorni/N.ricoveri con intervento di	VALUTAZIONE STRUTTURE miglioramento rispetto a 2020	2020-21: 85,9 2018-19: 87,3	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Proporzione di prostatectomie transuretrali (Indicatore Mes C5.3)	N. ricoveri con intervento di prostatectomie transuretrali /N.ricoveri con intervento di prostatectomia - Aggiustamento per	VALUTAZIONE STRUTTURE miglioramento rispetto a 2019 (82,4%): 90% obiettivo risultato >=90%: 100% obiettivo	2021: 89,4 2019: 82,4	

Focus confronto dati Aziende Sanitarie Toscane

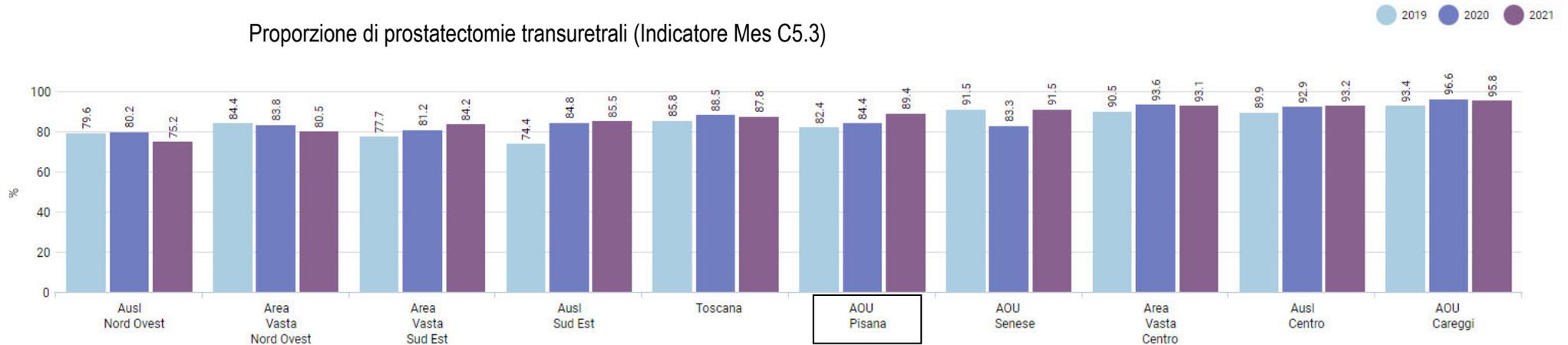


Il trattamento del paziente chirurgico è analizzato anche sotto il punto di vista del tipo di procedura applicata. In particolare, è richiesto, a livello regionale, di incentivare l'utilizzo della laparoscopia per la colecistectomia, il cui ampio utilizzo riduce, come si legge, il rischio di complicanze nel breve periodo. L'AOU, negli anni, comunque evidenzia un andamento verso il costante aumento, posizionandosi sui livelli propri della media regionale.

La tecnica laparoscopica è associata a una degenza ospedaliera e a una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Secondo la letteratura medica, la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 3 e 5 giorni. La "Degenza post-operatoria entro 3 giorni" è, dunque, un indicatore corretto per verificare la buona performance delle strutture e l'AOU si colloca in prima posizione nel SSR.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

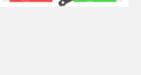
Proporzione di prostatectomie transuretrali (Indicatore Mes C5.3)



Per la prostatectomia transuretrale, tecnica che può essere considerata una proxy di qualità professionale, perché poco invasiva e con decorso post-operatorio rapido (con minore impiego di risorse) si osserva un miglioramento costante dal 2019.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

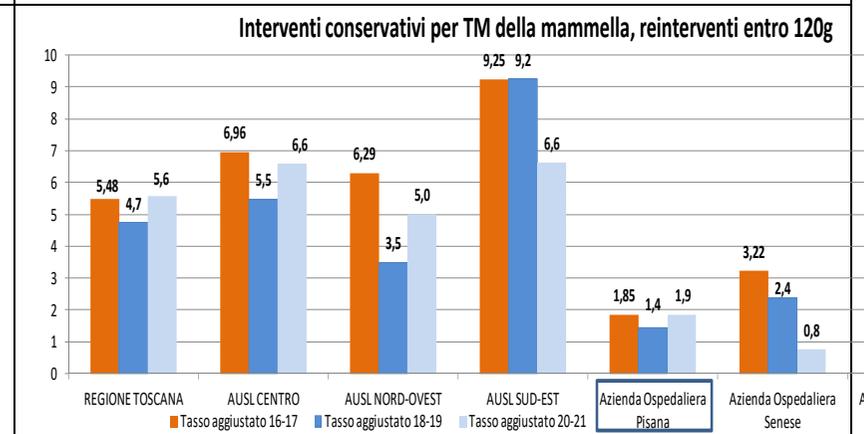
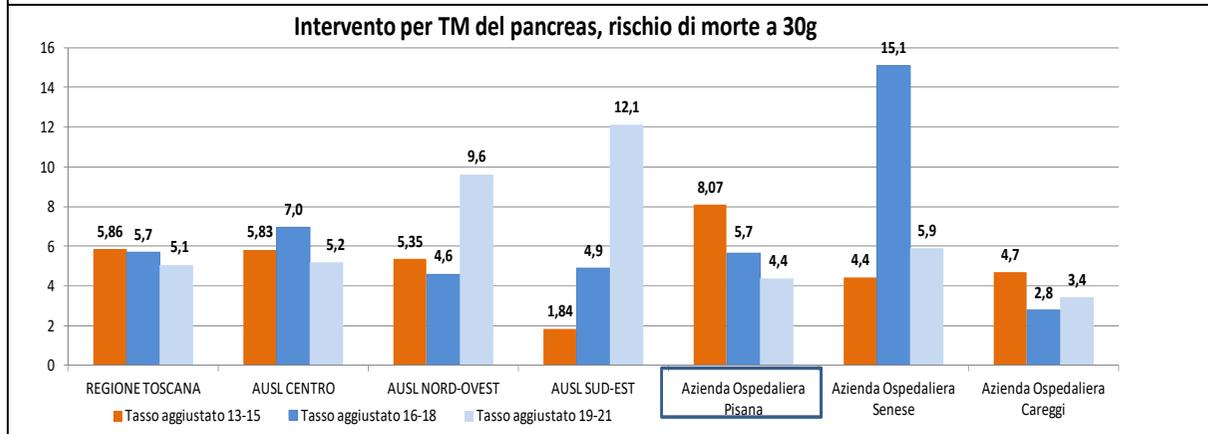
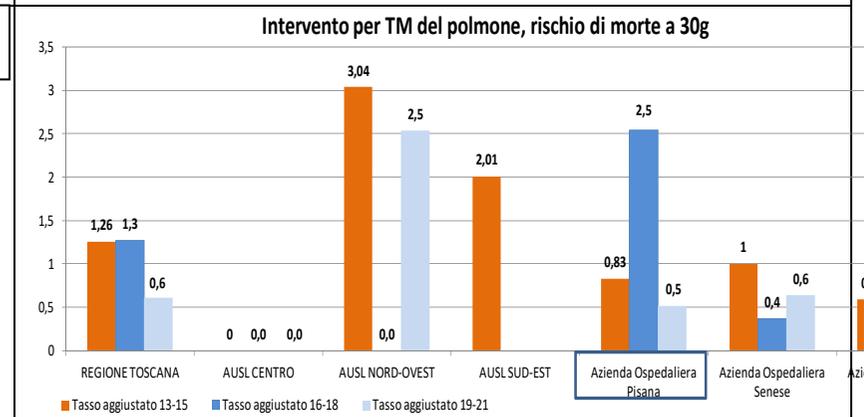
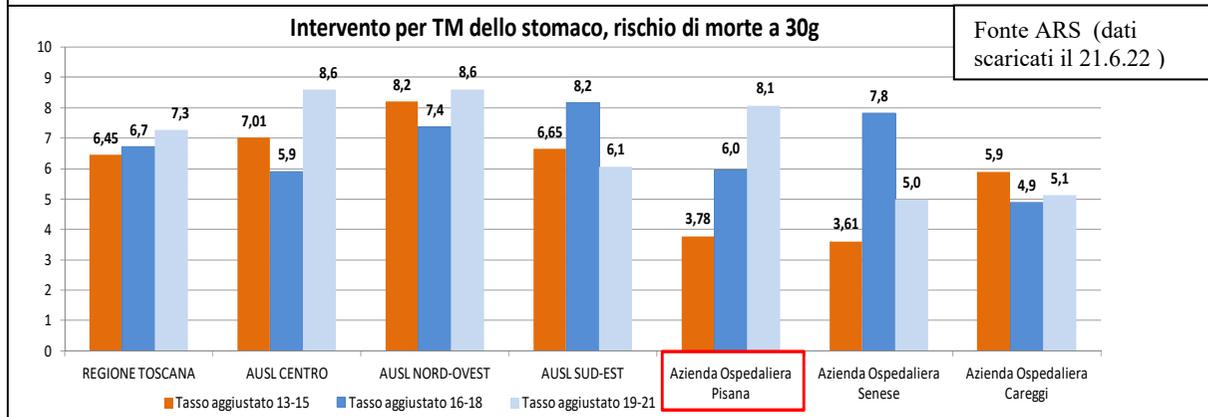
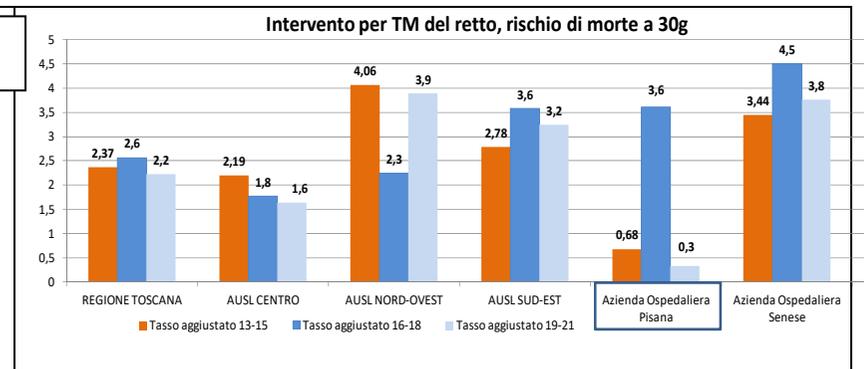
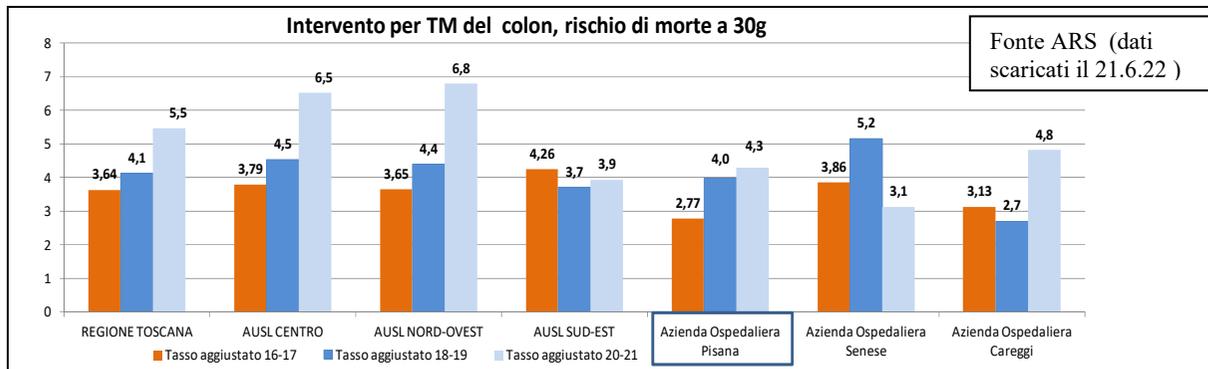
Ambito AREA ONCOLOGICA

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon , rischio morte 30g	Proporzione di decessi a 30 giorni dall'intervento per tumore al	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2020-21: 4,3 2018-19: 4,0	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K pancreas , rischio morte 30g	Proporzione di decessi a 30 giorni dall'intervento per tumore al	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2019-21: 4,4 2016-18: 5,7	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K polmone , rischio morte 30g	Proporzione di decessi a 30 giorni dall'intervento per tumore al	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2019-21: 0,5 2016-18: 2,5	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K retto , rischio morte 30g	Proporzione di decessi a 30 giorni dall'intervento per tumore al	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2019-21: 0,3 2016-18: 3,6	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K cerebrale , rischio morte 30g (UO Neurochirurgia)	Proporzione di decessi a 30 giorni dall'intervento per tumore al cervello /Decessi entro 30 giorni dall'intervento per tumore al cervello ovunque	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2019-21: 0,7 2016-18: 1,8	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K stomaco , rischio morte 30g	Proporzione di decessi a 30 giorni dall'intervento per tumore allo stomaco	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2019-21: 8,1 2016-18: 6,0	

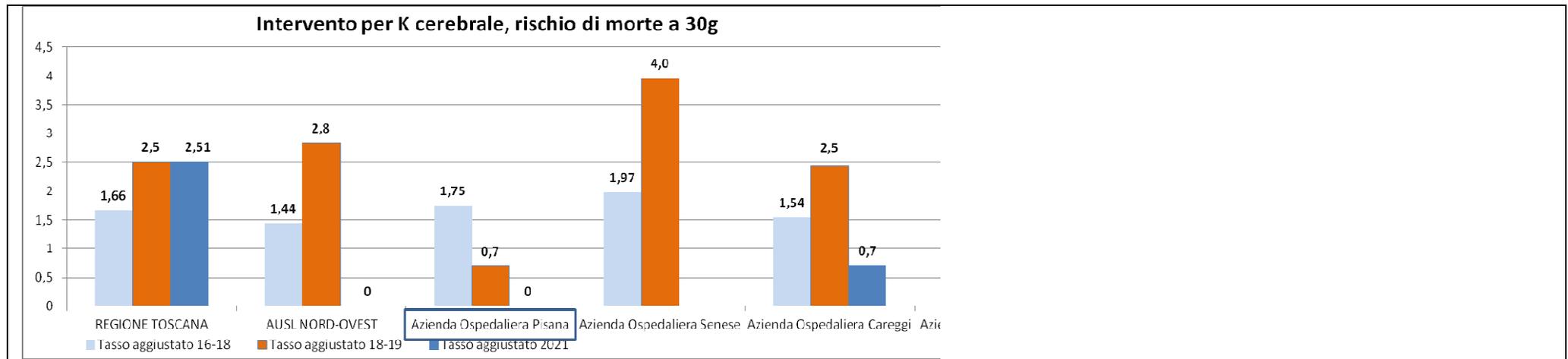
Altro importante indicatore dell'efficacia delle cure prestate, correlate agli interventi sui tumori maligni, è l'analisi del rischio di mortalità a 30 giorni dopo l'asportazione di tumori. Per il 2021 era richiesto un mantenimento/miglioramento degli esiti 2020: il risultato dell'azienda per l'anno 2021 conferma la rilevanza e la precedenza che è stata assicurata durante la pandemia a questo tipo di patologie e alla chirurgia oncologica, seppur sia un dato che spesso è condizionato dal grado di gravità dei pazienti operati per tumore. La mortalità a 30 giorni, infatti, è scesa per molti tumori (riportati in tabella), ad eccezione dei tumori allo stomaco e al colon. Il tumore alla mammella (non oggetto di obiettivo di budget viste le ottime performance registrate da tempo) rimane in AOUP con il più basso tasso di mortalità, dopo quello dell'Azienda Ospedaliera Senese.

Focus confronto dati Aziende Sanitarie Toscane

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Ambito PERCORSO NASCITA

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Monitoraggio % parti cesarei depurati (fonte Mes)	Numero parti cesarei depurati/numero parti depurati (indicatore Mes C7.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2021: 14,5 2020: 14,4	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % episiotomie depurate (fonte Mes)	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati /Numero di parti vaginali depurati (indicatore Mes C7.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2021: 15 2020: 15,7	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti operativi (forcipe e ventosa) (fonte Mes)	Numeratore Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe / Numero parti vaginali (indicatore Mes C7.6)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento	2021: 6,3 2020: 8,8	
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	riduzione % parti cesarei primari : misura della frequenza di ricorso ai parti cesarei in donne che non hanno effettuato un pregresso cesareo (fonte ARS)	N. parti cesarei primari/N. parti con nessun pregresso cesareo nei 10 anni precedenti	VALUTAZIONE STRUTTURE riduzione rispetto al 2020	2021: 19,8 2020: 20,2	

Tra gli indici caratterizzanti gli esiti del settore dedicato all'assistenza al parto, particolarmente significativa è l'ottima performance riguardante la riduzione dei parti cesarei depurati, indicatore specifico elaborato dal Laboratorio Mes, che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

bambino in posizione verticale (NTSV), rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche, ma che tuttavia riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione. Su questo indicatore l'AOUP si attesta come la migliore, per il terzo anno, rispetto alle altre aziende sanitarie del SSR e alla media della regione Toscana in generale (fonte Mes). Il risultato è ancor più rilevante se viene letto in confronto alle percentuali degli anni antecedenti al 2018, in cui l'azienda accusava risultati non brillanti e comunque sempre sopra la media regionale.



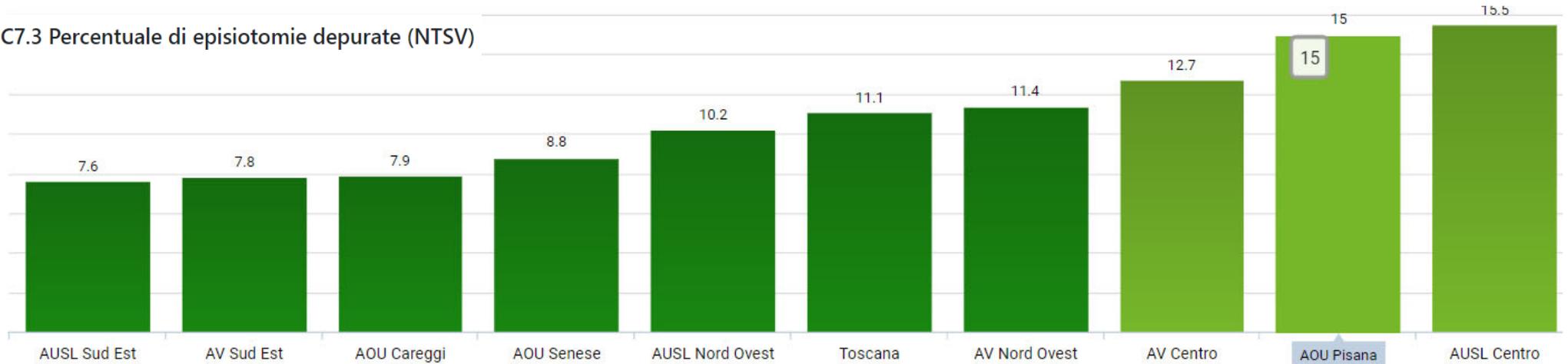
Altri indicatori completano la valutazione dell'assistenza al parto, elaborata dalla Scuola Superiore Sant'Anna. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale. L'AOUP registra un miglioramento: il 2021 ci trova, infatti, al 15% (vedi grafico sotto) a fronte di un 15,7% del 2020. Certamente ci sono ancora margini di miglioramento.

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa, invece, fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore si integra alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del

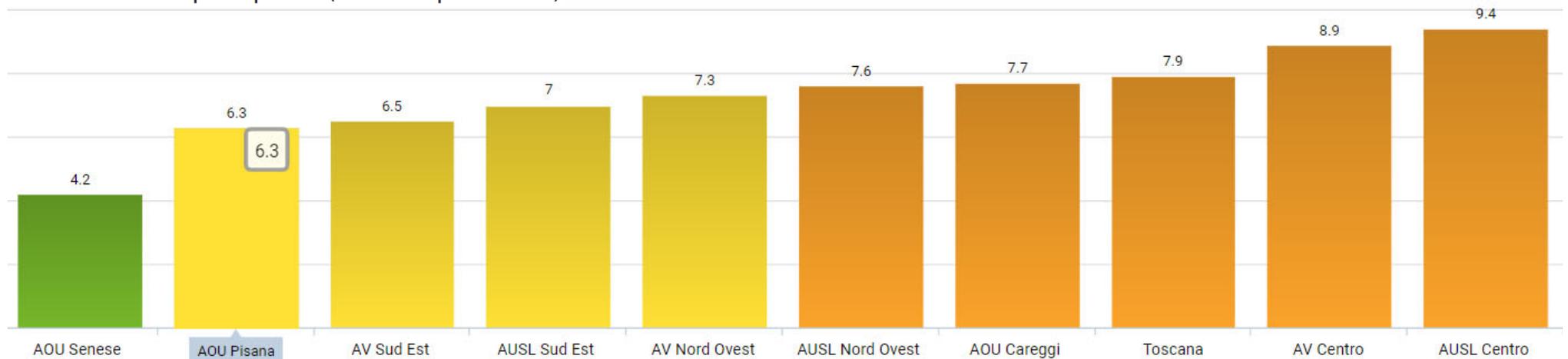
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

taglio cesareo ed un maggior ricorso al parto operativo. Il grafico sotto evidenzia la buona percentuale raggiunta dall'AOUP (6,3%), oltretutto in miglioramento rispetto al 2020 (8,8%)

C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

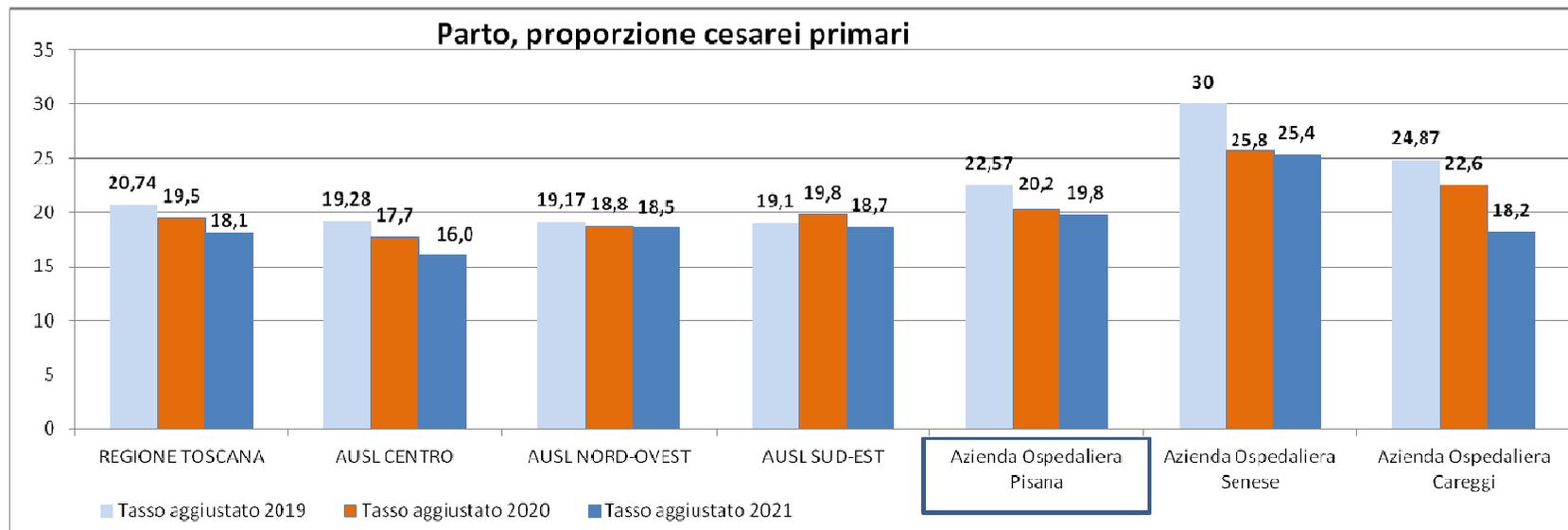


C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)



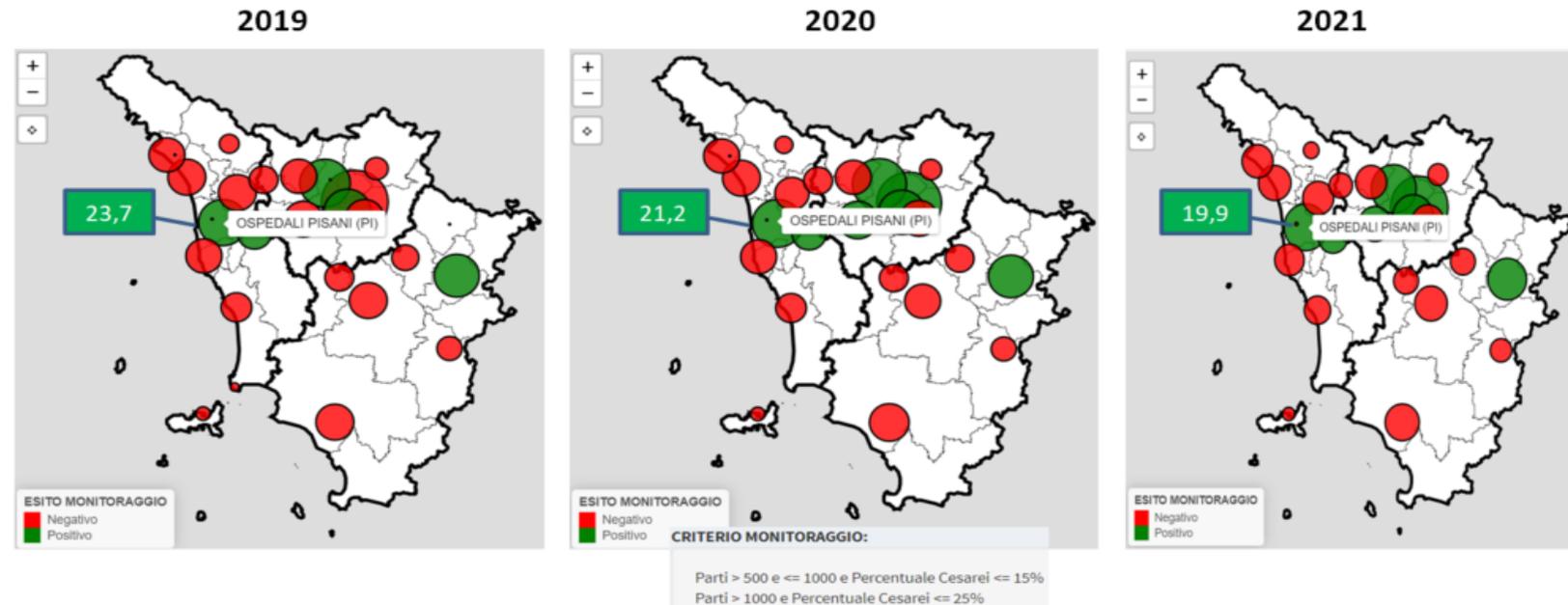
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Anche l'analisi, svolta dall'Ars (vedi grafico riportato sotto) sull'indicatore "proporzione cesarei primari" (indicatore LEA e anche indicatore del DM 70/2015) – che mette in relazione il numero dei parti cesarei sul totale dei parti, aggiustati per comorbidità ed età, ed escludendo dal calcolo le donne con pregresso parto cesareo nei due anni precedenti – evidenzia un significativo miglioramento della performance, confermando un trend positivo iniziato nel 2017 che ci ha portato al di sotto della soglia richiesta ($\leq 25\%$ per gli ospedali con più di 1.000 nascite). Il grafico riporta, per l'AOUP nel 2021, una percentuale pari al 19,40%, in miglioramento rispetto al 2020 (20,26%) evidenziando la crescente attenzione all'utilizzo appropriato della pratica assistenziale del taglio cesareo in un ospedale quale il nostro che, comunque, attrae dal territorio le gravidanze più difficili.



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Lo stesso indicatore, sempre calcolato dall'Ars, con qualche piccola variante in relazione al DM 70/2015 conferma l'ottimo trend nel triennio



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

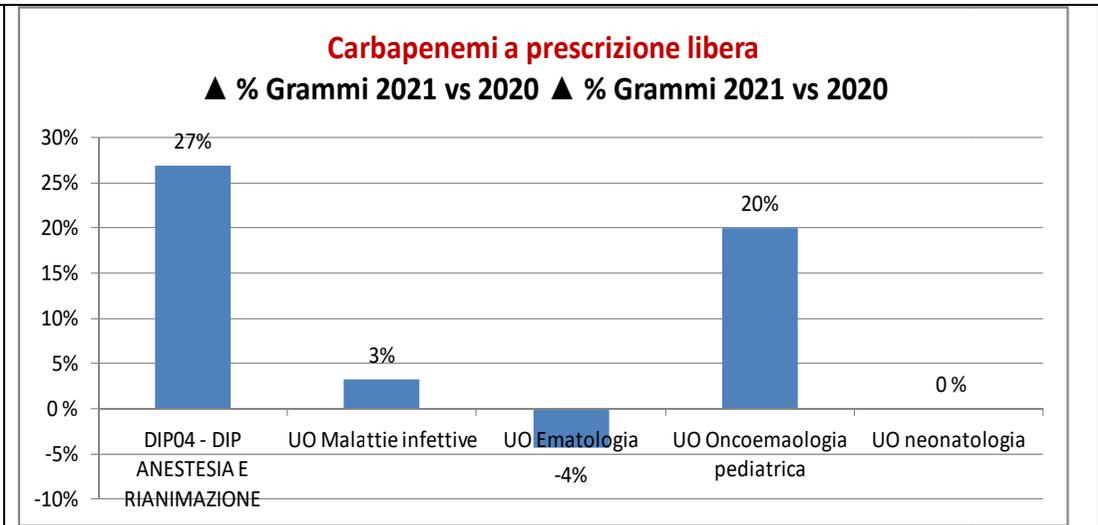
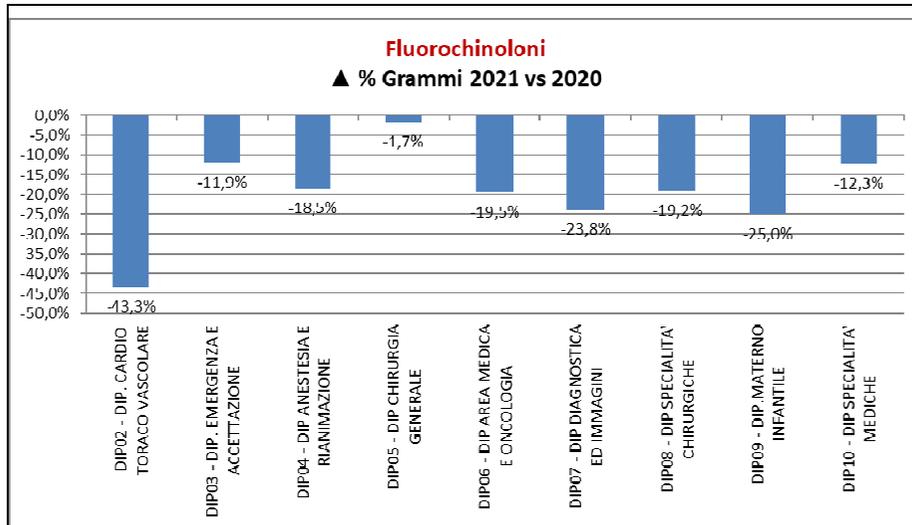
Azioni monitoraggio su qualità delle cure: **SORVEGLIANZA E PREVENZIONE**

Misure di prevenzione per l'**ANTIBIOTICO RESISTENZA**

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	riduzione % in grammi 2021 vs 2020:	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: >= 5% obiettivo 100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80%	2021 vs 201: +21%	
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Carbapenemi Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	riduzione % in grammi 2021 vs 2020:	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: >= 5% obiettivo 100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80%	2021 vs 201: -18%	

L'obiettivo riguardante il contenimento dell'uso degli antibiotici della classe dei fluorochinoloni e carbapenemi a libera prescrizione, in ottemperanza alle prescrizioni del Piano Nazionale di contrasto per l'Antimicrobico Resistenza (PNCAR 2017-2020), è stato oggetto di valutazione anche per l'anno 2021, con risultati diversi in termini di raggiungimento degli obiettivi posti.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Per i **fluoroquinoloni**, a livello di azienda, è stata registrata una riduzione diffusa dell'uso in grammi rispetto al 2020, raggiungendo pienamente il risultato richiesto nell'anno e confermando la discesa nel suo consumo, avviata in AOUP dal 2017.

Per quanto riguarda i **carbapenemi**, è necessario sottolineare che il loro utilizzo è prevalente nei reparti sottoposti a consulenza infettivologica. Il risultato 2021, per alcune strutture, è in controtendenza rispetto all'obiettivo. Tuttavia il maggiore consumo della specifica categoria di antibiotico è stata giustificata dalla ricorrenza delle condizioni cliniche dei pazienti sottoposti a terapia correlabile all'incremento della severità delle infezioni presentate, situazione ancora più a rischio su pazienti in comorbilità Covid+

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Azioni monitoraggio - Qualità percepita dall'utenza: PREMs , PROMs



**Patient
Reported
Experience
Measures**

L'indagine è stata promossa dal **Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa** che ha implementato due modelli:

Proms (Patient Reported Outcome Measures), che individua gli *outcomes* (sintomi, dolore, funzionalità, condizioni psico-fisiche) realmente rilevanti per il paziente;

PremS (Patient Reported Experience Measures) che raccoglie direttamente, online, l'esperienza vissuta dai pazienti durante il ricovero ospedaliero. Qui non viene preso in considerazione un campione statisticamente significativo di utenti da cui trarre considerazioni generali, ma l'intera platea dei ricoverati: si punta, quindi, in prospettiva, all'adesione di tutti i pazienti. L'offrire a tutti la possibilità di esprimere il proprio parere, rispondendo online, permette di non attendere l'elaborazione dei dati raccolti, magari fatta di anno in anno, ma di avere pressoché in tempo reale l'opinione dei pazienti.

Il questionario è composto da 41 domande divise in 10 sezioni, che spaziano su tutti gli aspetti del ricovero, a partire dal momento in cui il paziente è entrato in

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO
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)	1) >=60% delle strutture abilitate e formate 2) >=50% delle strutture abilitate e formate	Reparti coinvolti : 98,6% di quelli che fanno ricoveri ordinari Adesione dei pazienti: 58%
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	% di pazienti arruolati rispetto agli eligibili (chirurgica anca e ginocchio)	VALUTAZIONE STRUTTURE 80%	Tasso di arruolamento migliore

La valutazione dell'esperienza di soggiorno ospedaliero vista da parte del paziente ha avuto un crescente ruolo nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie già a partire dall'anno 2019:

SINTESI Risultati 2021 PremeS

L'AOU P è in prima linea, tra le aziende sanitarie toscane, nell'offrire ai pazienti la possibilità di esprimere un giudizio sulla qualità dei servizi loro offerti durante il ricovero.

L'Azienda è infatti seconda solo alla Fondazione G. Monasterio quanto a numero di reparti coinvolti che, nel 2021, sono stati il 98,6% di quelli che effettuano ricoveri ordinari. Elevata anche la percentuale di coloro che hanno poi risposto alle domande proposte: **il 52,7%.**

D20B.1.1 Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario

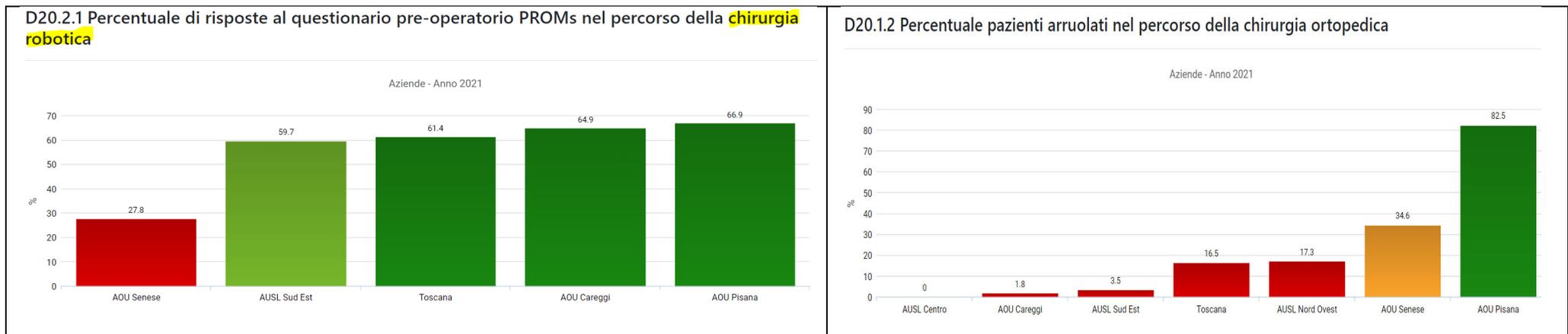


Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



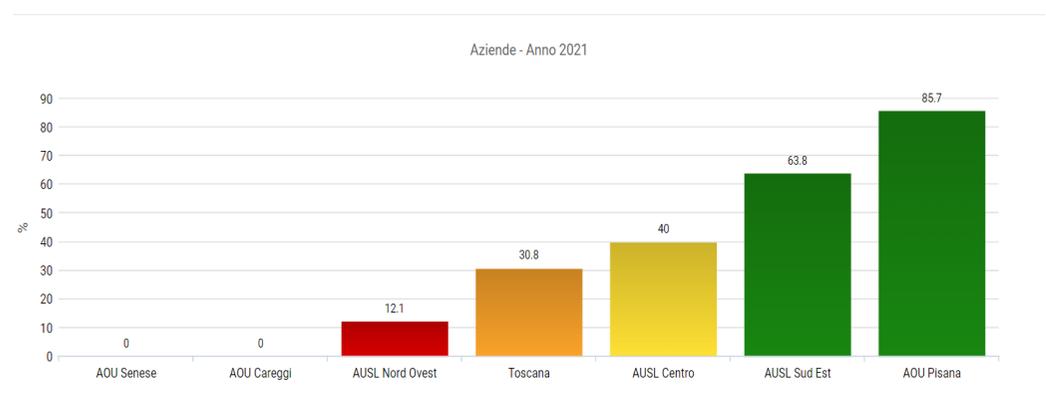
SINTESI Risultati 2021 Proms

Indicano le percezioni dei pazienti sul loro stato di salute, sugli esiti clinici e sulla qualità della vita in generale.



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

D20.1.3 Percentuale pazienti arruolate nel percorso della chirurgia per tumore maligno della mammella



Come si legge dai grafici (fonte Mes), **il tasso di arruolamento all'indagine, dell'AOUN** nelle discipline coinvolte (chirurgia robotica, chirurgia ortopedica, per tumore maligno alla mammella) si posiziona tra le migliori performance in Toscana.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Area RISCHIO CLINICO

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
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 nelle aree di degenza; -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 (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco e UO CdG) b) indicatore per aree DEGENZA: compliance igiene mani secondo metodo OMS/WHO	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) valore minimo: 15 litri/1000 giorni di degenza valore ottimale: 20 litri/1000 giorni di degenza; b) area degenza : 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	a) il valore ottimale: 20 litri/1000 giorni di degenza è stato ampiamente superato (47,3/1000 gg) b) miglioramento compliance igiene mani c) criticità nella riduzione dei casi intraospedalieri di colonizzazione e infezione rispetto al dato storico	
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	N° di cartelle cliniche con evidenza di applicazione delle PSP e RM su totale N° di cartelle cliniche esaminate o, quando applicabile, rilevamento per osservazione diretta della buona pratica in occasione dei Giri per la Sicurezza. Qualità della compilazione della documentazione	VALUTAZIONE STRUTTURE Evidenza della tracciabilità delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e Raccomandazioni Ministeriali 100% Qualità della compilazione della documentazione 85% (Fonte Rischio Clinico)	Il campionamento delle strutture osservate ha dato evidenza della tracciabilità delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e Raccomandazioni Ministeriali la qualità della compilazione ha superato gli standard di qualità richiesti nel 90% dei casi	

Area PERFORMANCE DI SISTEMA

Un'area particolarmente attenzionata è la **Performance di sistema** che racchiude gli obiettivi su cui si richiede il raggiungimento di particolari risultati, diversificati nelle aree dell'appropriatezza dei ricoveri, dell'efficienza clinica e delle donazioni.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Linea RICOVERI

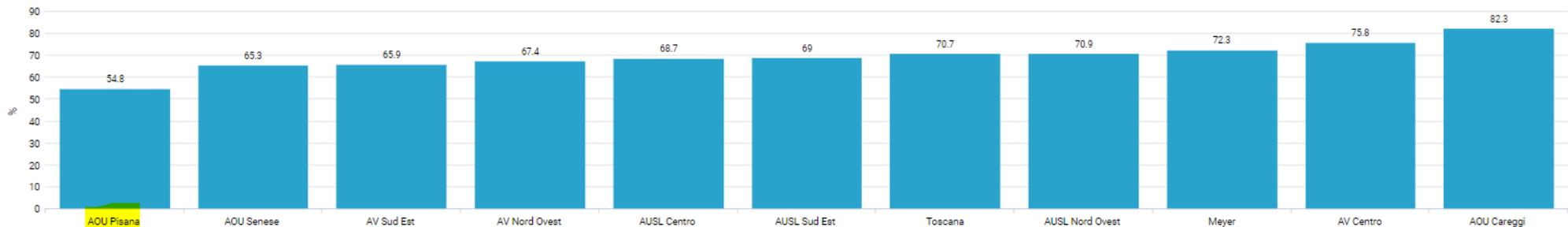
AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Day Surgery trasferimento in setting chirurgico appropriato: rispetto delle % soglia del day surgery definite dalla DGRT 1140/2014 e Patto della Salute 2010-2012 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriatezza;	Volumi Day Surgery e Ricoveri Ordinari 2021 vs standard regionali	Rispetto % Day Surgery definite per i DRG di cui alla DGRT 1140/2014 o miglioramento vs 2020	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE 6.700 ricoveri di cui 3.800 (57%) effettuati in Day-Surgery Peggioramento vs 2020 (59%)	
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriatezza (ARI): Riduzione del volume	volumi DRG ARI medici prodotti nel 2021 vs 2019	riduzione volumi 2021 vs 2020	Si registra un aumento dell'8% solo in parte spiegabile con la ripresa delle attività	

Si registra un peggioramento sul piano dell'appropriatezza dei setting assistenziali. Per i **DrG chirurgici** per i quali il Patto per la Salute definisce le prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate prevalentemente in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario (si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute) si assiste ad una diminuzione percentuale di 2 punti rispetto al 2020 nel ricorso al regime diurno (57% vs il 59% del 2020), confermata dall'indicatore Mes di cui sotto si riporta il grafico, che sottolinea la necessità di rivedere i canali di erogazione delle prestazioni chirurgiche.

C4.7 Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery

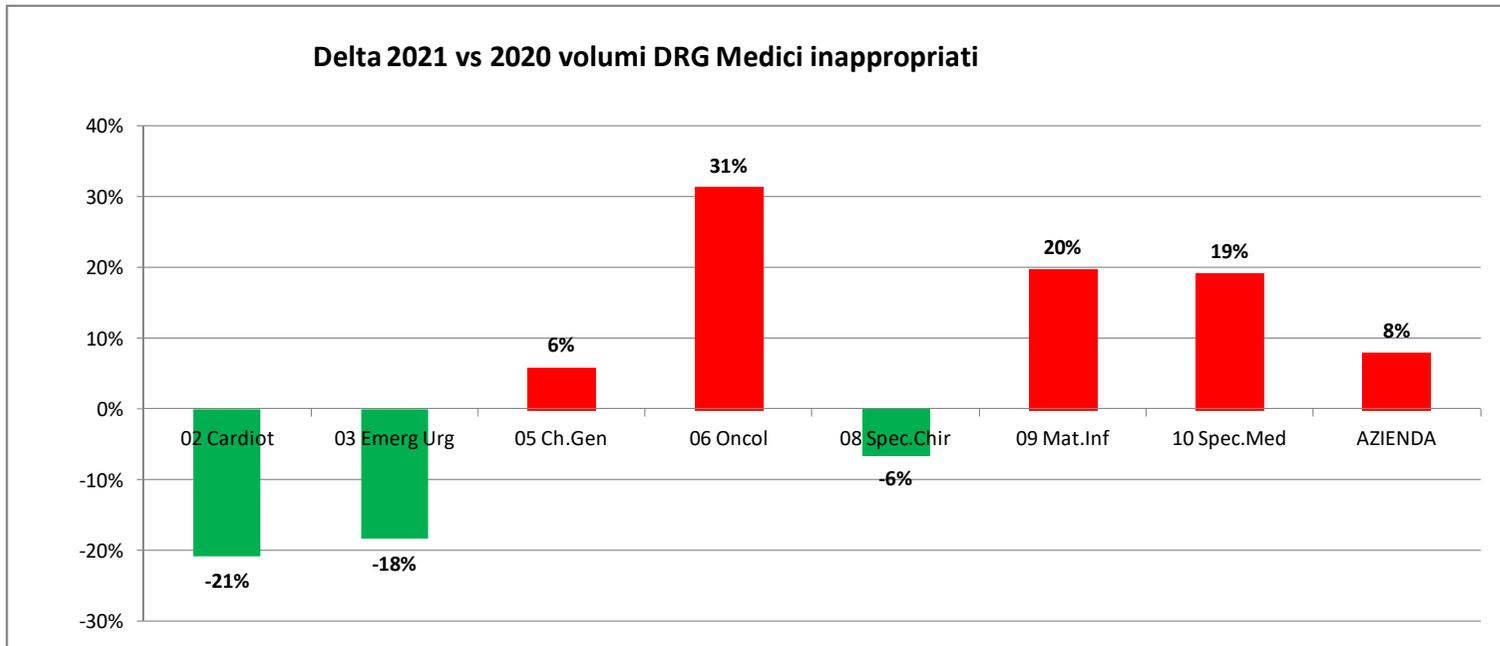
Per questo indicatore è previsto un cutoff pari a 10 da applicare al denominatore. Nei grafici compaiono le sole strutture che superano il cutoff.
Nella sezione "Tabella dati" sono presenti tutti i valori dell'indicatore.

Aziende - Anno 2021



Per quanto riguarda i **DRG medici** per i quali va progressivamente ridotta la produzione in quanto potenzialmente inappropriati, si assiste ad un incremento (+8%), con un comportamento diversificato tra dipartimenti, che ha influito nella loro percentuale di raggiungimenti degli obiettivi

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Linea DONAZIONI

Un altro ambito all'interno della performance di sistema, è il monitoraggio di trapianti e donazioni d'organi e di tessuto.

La carenza di organi rispetto alle necessità dei pazienti in attesa è stata individuata quale problema centrale delle attività di trapianto. Al fine di rendere ancora più efficiente il sistema donazione e trapianto è importante monitorare le varie fasi del percorso per superare le difficoltà legate alla mancata identificazione dei potenziali donatori e alla conseguente attivazione delle procedure di accertamento di morte cerebrale.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Sotto, la struttura degli indicatori che permettono di monitorare la performance di processo e migliorare l'azione di procurement e i correlati risultati. Come si vede, gli obiettivi sono stati sostanzialmente raggiunti.

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
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%	Anno 2021 Donatori procurati: 17 Morti encefaliche segnalate: 31 =54,8%	
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%	Anno 2021 Morti encefaliche segnalate: 31 Posti letto UTI: 24 =1,29 Raggiunto	
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	Anno 2020 Morti encefaliche segnalate: 31 Decessi con lesione cerebrale acuta: 57 =54,38%	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Ambito APPROPRIATEZZA CLINICO – ORGANIZZATIVA :

Focus TEMPI DI ATTESA Linea ambulatoriale

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
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 classi di priorità U, B, D e P (Ex DGRT.604 del 6/05/2019)	A) N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi della classe /N. prestazioni complessive della classe x 100 (fonte TAT)	A) 100% per la classe U,B 95% per classi D e P	TEMPI DI ATTESA primi accessi >95% sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	

I sistemi di monitoraggio Aziendali e Regionali (di cui alla tabella sotto) registrano tempi di attesa pienamente in linea con gli standard richiesti, per quanto concerne i primi accessi.

Visita / Prestazione	Tempi Massimi Piano Regionale	N. Prenotazioni Entro i Tempi Regionali	N. Prenotazioni Oltre i Tempi Regionali	Totale Prenotazioni	% entro Tempi Regionali	% entro Tempi Nazionali
▼						
VISITA UROLOGICA	15	2.136	0	2.136	100,0%	100,0%
VISITA REUMATOLOGICA	30	736	0	736	100,0%	100,0%
VISITA PNEUMOLOGICA	30	1.572	57	1.629	96,5%	96,5%
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	15	3.114	68	3.182	97,9%	98,7%
VISITA ORTOPEDICA	15	2.381	33	2.414	98,6%	99,6%
VISITA ONCOLOGICA	15	244	8	252	96,8%	99,6%
VISITA OCULISTICA	15	4.368	101	4.469	97,7%	98,0%
VISITA NEUROLOGICA	15	2.452	19	2.471	99,2%	99,5%
VISITA GINECOLOGICA	15	2.445	17	2.462	99,3%	99,6%
VISITA GASTROENTEROLOGICA	30	1.419	8	1.427	99,4%	99,4%
VISITA FISIATRICA	30	32	2	34	94,1%	94,1%
VISITA ENDOCRINOLOGICA	30	3.011	19	3.030	99,4%	99,4%
VISITA DERMATOLOGICA	15	4.788	219	5.007	95,6%	96,3%
VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	30	793	0	793	100,0%	100,0%
VISITA CHIRURGICA	15	1.308	14	1.322	98,9%	99,8%
VISITA CARDIOLOGICA	15	2.888	93	2.981	96,9%	97,4%
VISITA ALLERGOLOGICA	30	2.159	98	2.257	95,7%	95,7%
Totale	15	35.846	756	36.602	97,9%	98,3%

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Focus TEMPI DI ATTESA Linea Ricovero

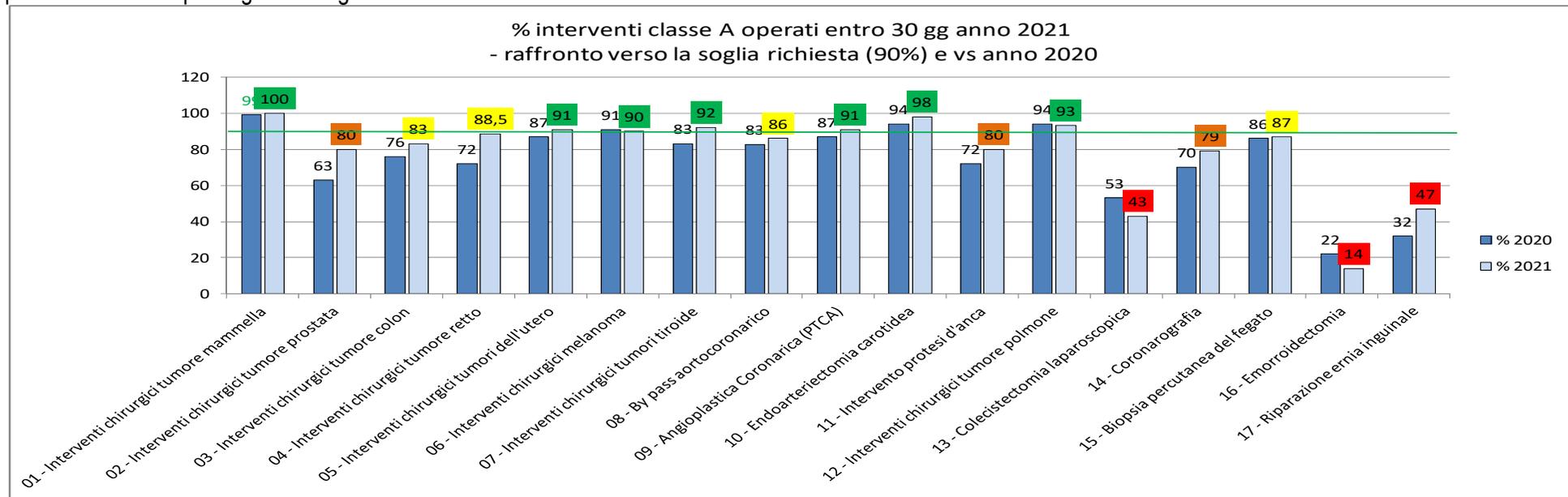
AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	PNGLA linea ricovero : rispetto tempi di attesa. Raggiungimento della soglia percentuale ministeriale prevista per i ricoveri programmati ordinari o diurni con priorità "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.	>= 90% (soglia ministeriale prevista per il 2021)	Su 17 interventi : - 7 sopra la soglia del 90%; - 4 sopra l'80%; - 3 all'80% - 3 sotto il 50%	

Nell'analisi dei tempi di attesa per prestazioni da erogare entro i 30 giorni successivi all'inserimento in lista d'attesa per patologie includibili all'interno della classe A, delle quali sotto si riportano i risultati sulle 17 famiglie di interventi individuate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, è opportuno sottolineare l'ottima tempestività relativa all'intervento sui tumori della mammella e del polmone, risultato ancor più rilevante se pensiamo che sono statisticamente tra le patologie più mortali in Italia.

È necessario, invece, aprire una riflessione sulle tempistiche d'intervento per tumori di retto, colon e prostata che non sono state altrettanto buone, ma che comunque sono largamente migliorate rispetto all'anno 2020.

Gli interventi cardiocirurgici e vascolari, quali bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica ed endoarteriectomia carotidea, hanno superato la soglia richiesta dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, oltrepassando abbondantemente il 90% di interventi eseguiti entro i 30 giorni.

L'azienda è stata molto meno performante sulle operazioni di emorroidectomia, riparazione inguinale e colecistectomia laparoscopica, dove certamente ha anche influito non poco la riorganizzazione delle sale operatorie conseguente al sopraggiunto periodo pandemico, ridimensionamento che ha teso a garantire spazi e personale principalmente per interventi sulle patologie oncologiche.



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

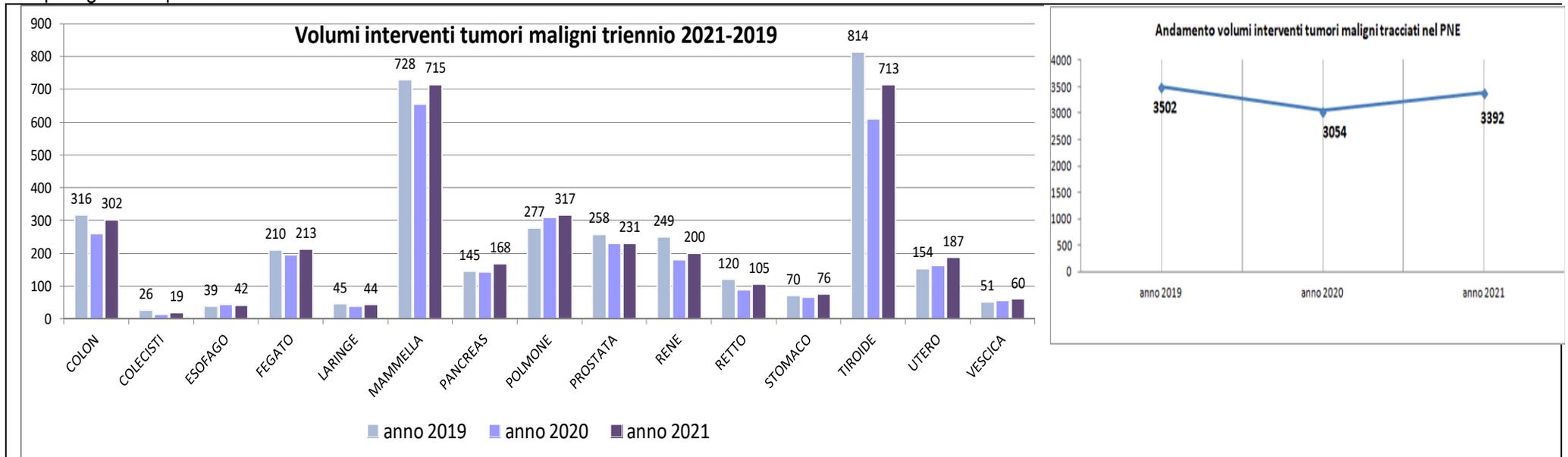
Focus Volumi per interventi chirurgici su tumore maligno

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	K PNE: Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	volumi calcolati secondo i criteri del PNE 2021 vs 2019 e 2018 (fonte CdG e PNE)	VALUTAZIONE STRUTTURE Congruietà dei volumi rapportata all'andamento degli anni precedenti	volumi stabili	

Per quanto riguarda il monitoraggio dei volumi di intervento per tumore maligno, si prendono in considerazione i **Volumi** quale indicatore indiretto degli esiti (maggiori volumi trattati favoriscono apprendimento, esperienza, professionalità e quindi sicurezza).

Il razionale è legato al rapporto tra volumi di attività e qualità, che sottintende un rapporto direttamente proporzionale fra loro, con una mortalità più bassa dove i volumi sono più alti e dove l'approccio al tumore è affidato a centri specializzati caratterizzati dall'integrazione delle multidisciplinarietà necessarie.

Nel grafico sotto si evidenzia come l'andamento sia rimasto complessivamente stabile, con l'imprescindibile flessione dell'epoca COVID. nei confronti della quale già diamo ampi segnali di ripresa.



Si riporta, inoltre, la posizione della nostra azienda rispetto a tutti gli altri ospedali italiani. Il rank costruito attraverso i dati estratti da PNE 2021 (su ricoveri 2020) e PNE 2020 (su ricoveri 2019) elaborati dall'Agenas, mostra un posizionamento rilevante per l'AOUP nel contesto sanitario italiano.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

TUMORI	ANNO 2020		ANNO 2019		ANNO 2018	
	VOLUMI	posizione In Italia 2020 (fonte PNE)	VOLUMI	posizione In Italia 2019 (fonte PNE)	VOLUMI	posizione In Italia 2018 (fonte PNE)
TIROIDE	609	2°	814	1°	855	1°
PANCREAS	143	3°	145	3°	152	3°
RETTO	88	4°	120	2°	124	3°
RENE	180	4°	249	3°	269	2°
COLON	260	2°	316	2°	309	2°
STOMACO	67	4°	70	7°	67	6°
ESOFAGO	44	5°	39	6°	51	5°
POLMONE	309	9°	277	8°	331	6°
FEGATO	196	6°	210	3°	175	6°
UTERO	162	9°	154	9°	162	6°
MAMMELLA	655	9°	728	8°	739	8°
VESCICA	56	15°	51	16°	60	7°
PROSTATA	231	12°	258	10°	235	13°

Area STRATEGIE REGIONALI

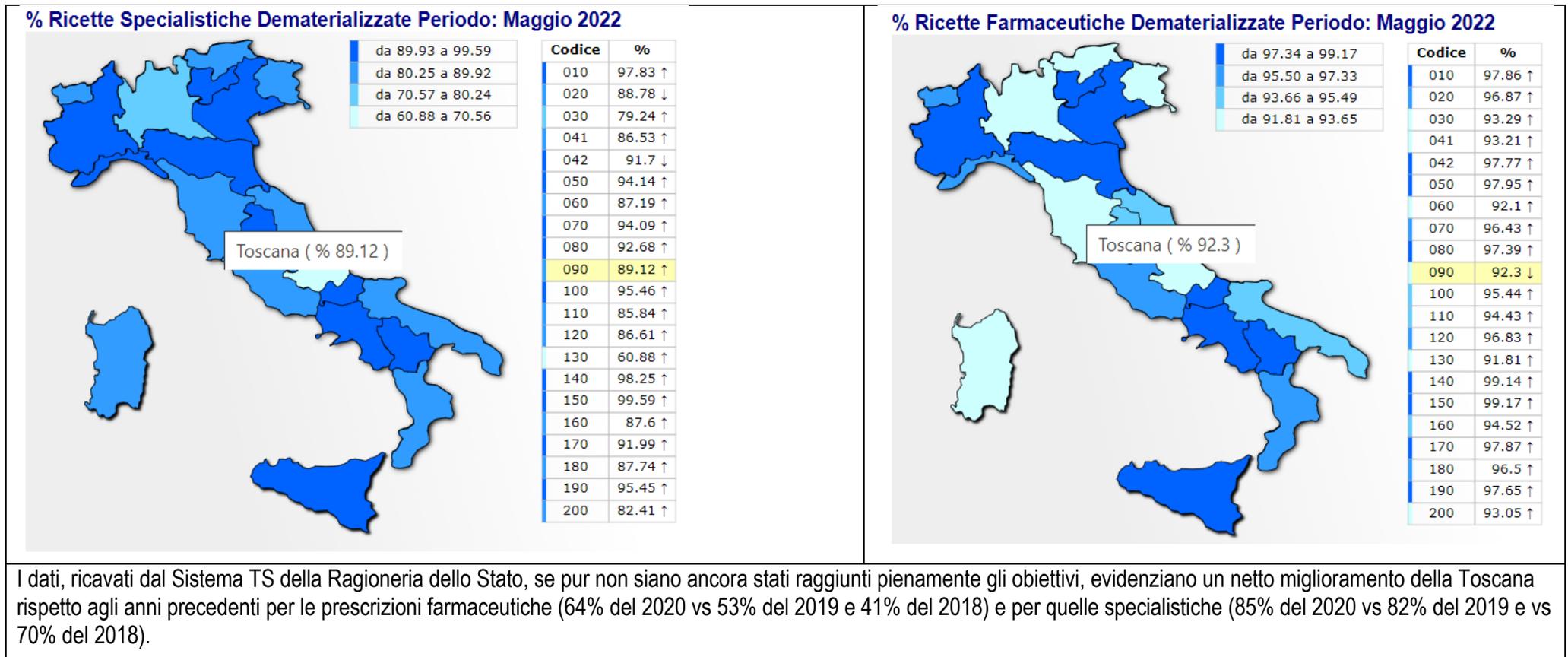
La DEMATERIALIZZAZIONE DELLE PRESCRIZIONI ELETTRONICHE

Per quanto riguarda la digitalizzazione, nell'AOUP è stato confermato l'obiettivo (ai sensi del DM 2/11/2011 e della DGRT 872/2011 recante l'istituzione del sistema informativo delle prescrizioni mediche) dell'aumento delle prescrizioni elettroniche di farmaci e di visite specialistiche.

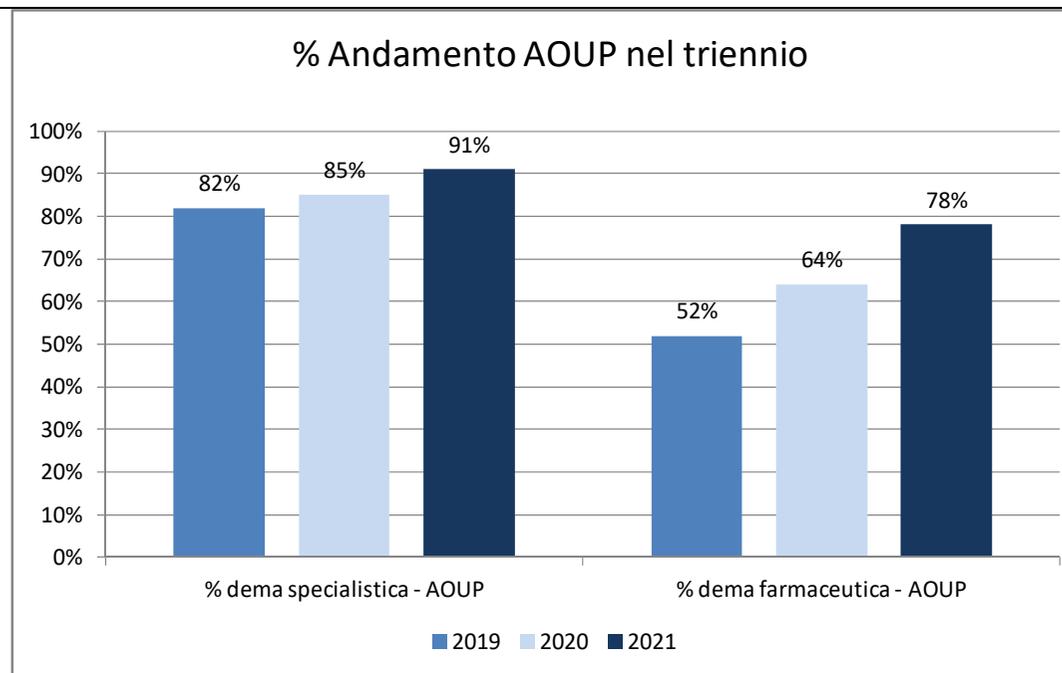
AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
2 QUALITA' DELLE CURE	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	% ricette prescritte in DEMA 2021 (fonte TS)	Volumi ricette in DEMA 2021: -SPECIALISTICA >=90% sull'erogato (fonte sistema TS); -FARMACEUTICA >= 80% sulle ricette rilevate come usate (fonte sistema	% dematerializzata specialistica: 91% % dematerializzata farmaceutica: 78% (fonte sistema TS)	

Il miglioramento costante, come mostra il trend del triennio sotto riportato, contribuisce al miglior posizionamento della Toscana nell'ambito delle Regioni che prescrivono di più con de materializzata.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Sempre i dati ricavati dal Sistema TS della Ragioneria dello Stato confermano analogo miglioramento per l'AOUP, come si evince dal grafico sopra.

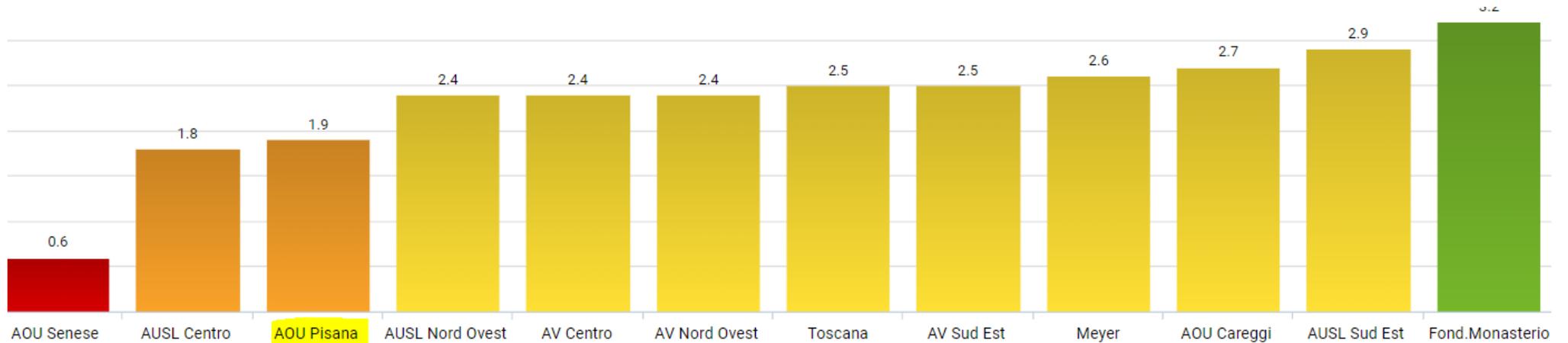
Per quanto riguarda la farmaceutica, deve essere sottolineato che i risultati ottenuti a livello aziendale, se pur già depurati dalle ricette notoriamente prescrivibili solamente in cartaceo, risentono ancora di inefficienze tecniche di sistema che, per quanto note ed in via di superamento, permangono e talvolta "costringono" il prescrittore (anche al di fuori dei casi già noti) a ricorrere alla ricetta rossa.

La TELEVISITE di controllo

La delibera sulla Telemedicina, DGRT n. 464 del 6 aprile 2020, è stata emanata dalla Regione Toscana nel primissimo periodo di emergenza epidemica da Covid-19 con la finalità di potenziare i meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici e di limitare il contagio. Con essa la Regione ha fornito alle aziende sanitarie indicazioni omogenee e condivise sulle modalità di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di Televisita e teleconsulto relative a 83 prestazioni sanitarie. La telemedicina si sta rivelando una soluzione importante per permettere a categorie sempre più ampie di assistiti di accedere ad attività mediche routinarie qualificate facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio. La Regione Toscana, nello scenario nazionale di una sanità sempre più digitale, punta molto sull'obiettivo di sviluppare sempre di più questa ulteriore metodica di erogazione delle prestazioni per le visite di follow up.

Purtroppo l'AOUP non ha brillato su questa dimensione, come ben evidenzia la valutazione che fornisce il Laboratorio Mes.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



In realtà, la nostra risposta varia da disciplina a disciplina. Ancora non vengono sufficientemente implementate le visite di controllo della psichiatria, dell'oncologia, geriatriche, gastroenterologiche, endocrinologiche, cardiologiche e diabetologiche. L'AOUP si distingue invece su quelle infettivologiche ed ematologiche. Certamente l'anno 2021 ha visto un calo generalizzato, per cui l'Azienda ha deciso di investire negli anni prossimi per individuare i percorsi organizzativi e gestionali utili ad agevolare questo approccio di monitoraggio delle cure.

Area PROGETTI AZIENDALI

In questa area l'azienda ha deciso di porre l'attenzione a quegli obiettivi inerenti l'organizzazione interna, che sottende la capacità gestionale delle strutture interessate.

Focus: CCE Cartella Clinica

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
6 PROGETTI AZIENDALI	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	Modulo LDO: Nro LDO Inviato/Totale Dimessi (fonte reportistica PLEIADE)	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) 95% utilizzo su ricoveri ordinari 2) 75% utilizzo sui dh valutazione al 2° semestre	% invio ricoveri ordinari:90% % invio day hospital: 68%	
6 PROGETTI AZIENDALI	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	Evidenza della partecipazione alla formazione	VALUTAZIONE STRUTTURE già formate entro 30 settembre: -medici: 90% partecipazione alla formazione -infermieri: 90% partecipazione alla formazione (fonte: Relazione gruppo PLEIADE)	93% degli operatori formati	

È sensibilmente migliorata la redazione/invio della lettera di dimissione ospedaliera (LDO) in forma elettronica, che si attesta **al 90%** (vs 83% del 2020) per i ricoveri ordinari. Lato day hospital, sussistono ancora problemi e, vista l'importanza dell'obiettivo ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e, più in generale, per la digitalizzazione della sanità, l'AOUP lo ha confermato come obiettivo da monitorare ancora nel 2022.

Ai fini dell'estensione in azienda del modulo Pleiade dedicato alla STU (Scheda di Terapia Unica informatizzata), l'anno 2021 è stato dedicato alla formazione a tappeto di tutti gli operatori sanitari. La partecipazione è stata ampia e alcuni reparti sono partiti con l'utilizzo. Nel 2022 sarà misurato l'effettivo impiego del sistema.

Ambito QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

In misura più estesa, e quindi ricadente su tutte le UO, si è dato rilievo a temi quali la qualità e l'accreditamento, fondamentali per perseguire un costante miglioramento della qualità della prestazione e della sicurezza del paziente, tramite il consolidamento del sistematico processo autovalutativo da parte dei professionisti come pratica costante e fattore chiave per il miglioramento continuo della qualità.

Di seguito gli obiettivi assegnati e i risultati ottimamente raggiunti da tutte le strutture (tranne pochissime eccezioni) nei propri ambiti.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

AREA BUDGET	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021	SINTESI RISULTATO	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITÀ	Adozione per ogni UO/SD 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-	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo T. 5.1.COM.10 entro il 28/02 alla UO Accreditamento e Qualità	% di adozione: 98%	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITÀ	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	Utilizzo di check list (modulo CLQ) specifica per processo e sottoprocesso relativa alla qualità della documentazione clinica campionata (ogni modulo prevede l'analisi di 20	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio periodico del modulo CLQ e comunque entro il 28/02 alla UO Accreditamento e Qualità.	% di adozione: 95%	
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITÀ	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	Presenza per ogni UO/SD 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 28/02 alla UO Accreditamento e Qualità	% di adozione: 99%	

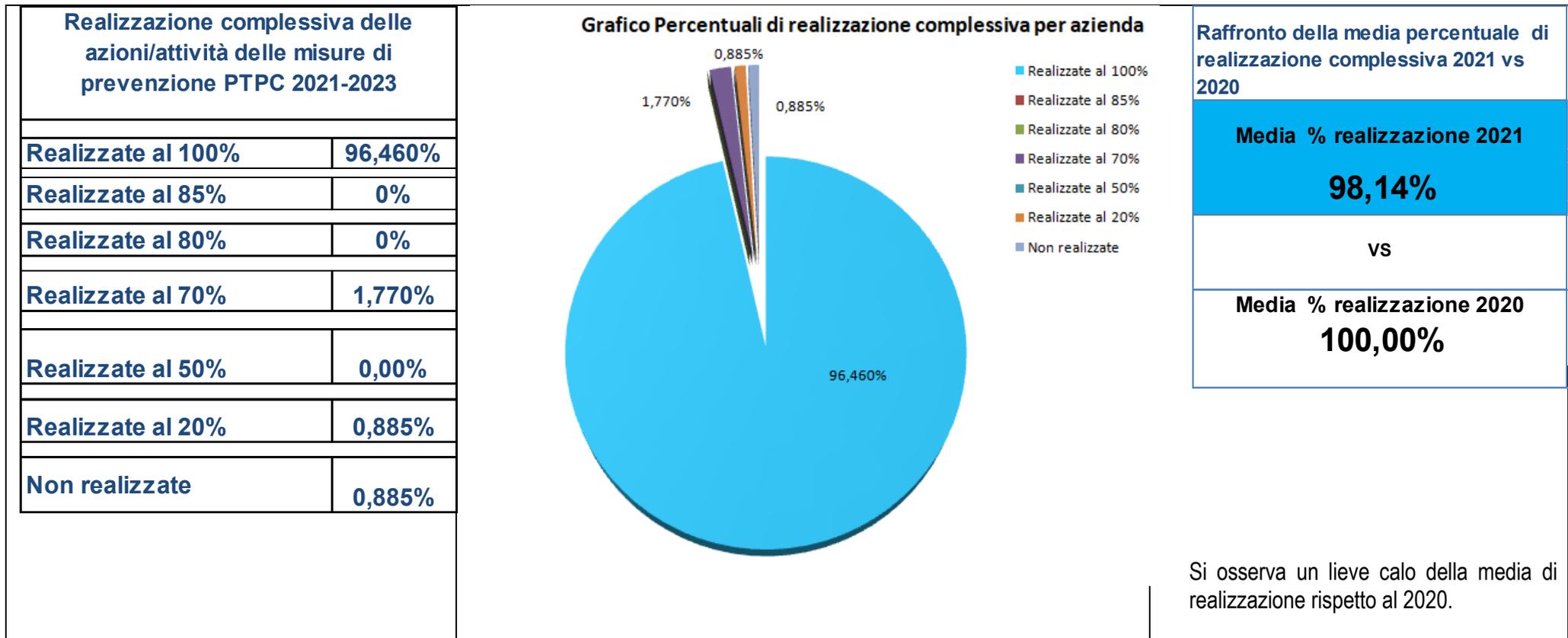
Misure per la PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Con il PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2021– 2023 ([per la visione del piano pubblicato cliccare su Amministrazione trasparente](#)) l'AOUP ha programmato le azioni e misure di prevenzione per il triennio 2021– 2023 nonché gli obiettivi per implementare la trasparenza. Le prime sono contenute nell'allegato documento D.V.04 DPA 01 "Tabella misure/attività/azioni 2020– 2022" e i secondi sono argomentati nella sezione 6 del Piano denominata "Trasparenza" e analiticamente elencati nel suo allegato (D.V.05 DPA 01 "Elenco degli obblighi di pubblicazione") dove è confluito il precedente Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Dette azioni sono state distinte in misure generali e misure specifiche, secondo le indicazioni nazionali.

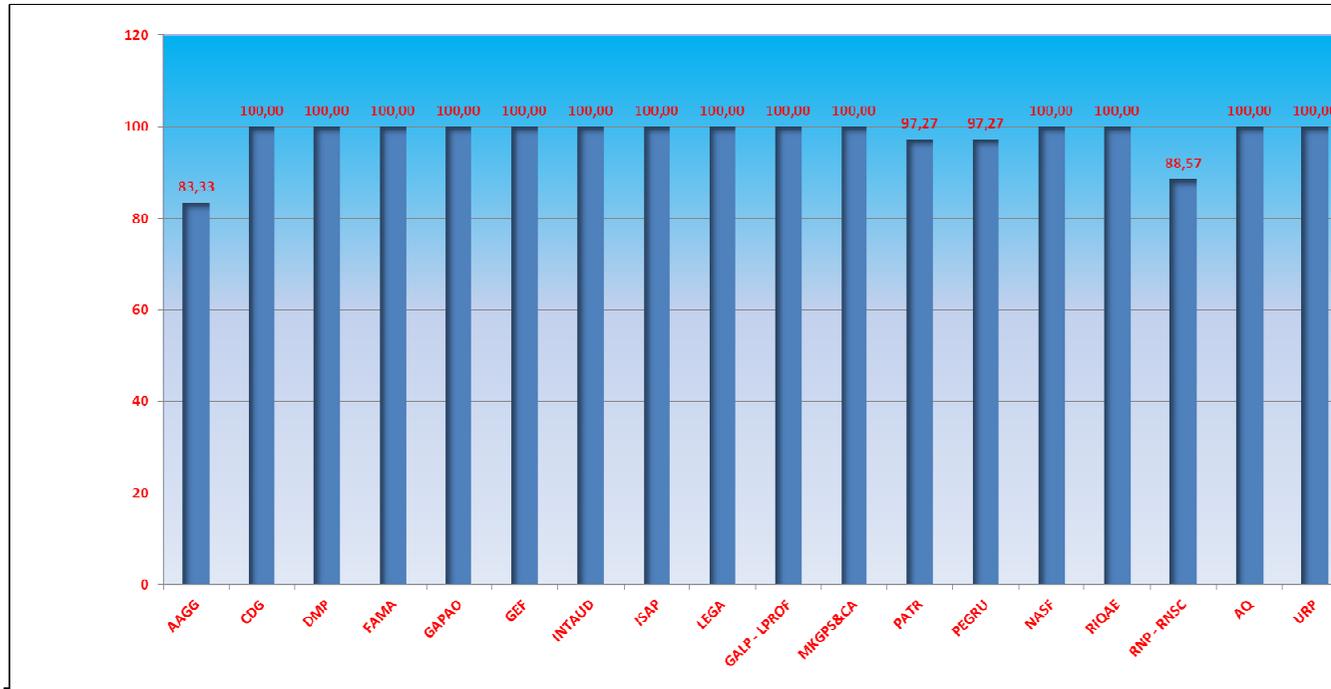
A seguire sono espone le percentuali di realizzazione nell'anno 2021, secondo i dati forniti dal RPTCA.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Azioni / attività relative alle misure di prevenzione della corruzione delle strutture a lato indicate che avevano scadenza al 31/12/2021



LEGENDA

- AAGG = UO Affari Generali
- CDG = UO Controllo di Gestione
- DMP = Direzione Medica di Presidio
- FAMA = Unità Operativa Facility Management
- GAPAO = Unità Operativa Gestione amministrativa prestazioni e attività ospedaliere
- GEF = UO Gestioni Economiche Finanziarie
- INTAUD = U.O. Internal Audit
- ISAP = Unità Operativa Innovazione e Sviluppo

- LEGA = Unità Operativa Legale
- GALP LPROF = Unità Operativa Gestione Amministrativa Libera Professione
- MKGPS&CA = UO Marketing Prog. Speciali e Convenzioni Attive
- PATR = U.O. Patrimonio
- PEGRU = UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane

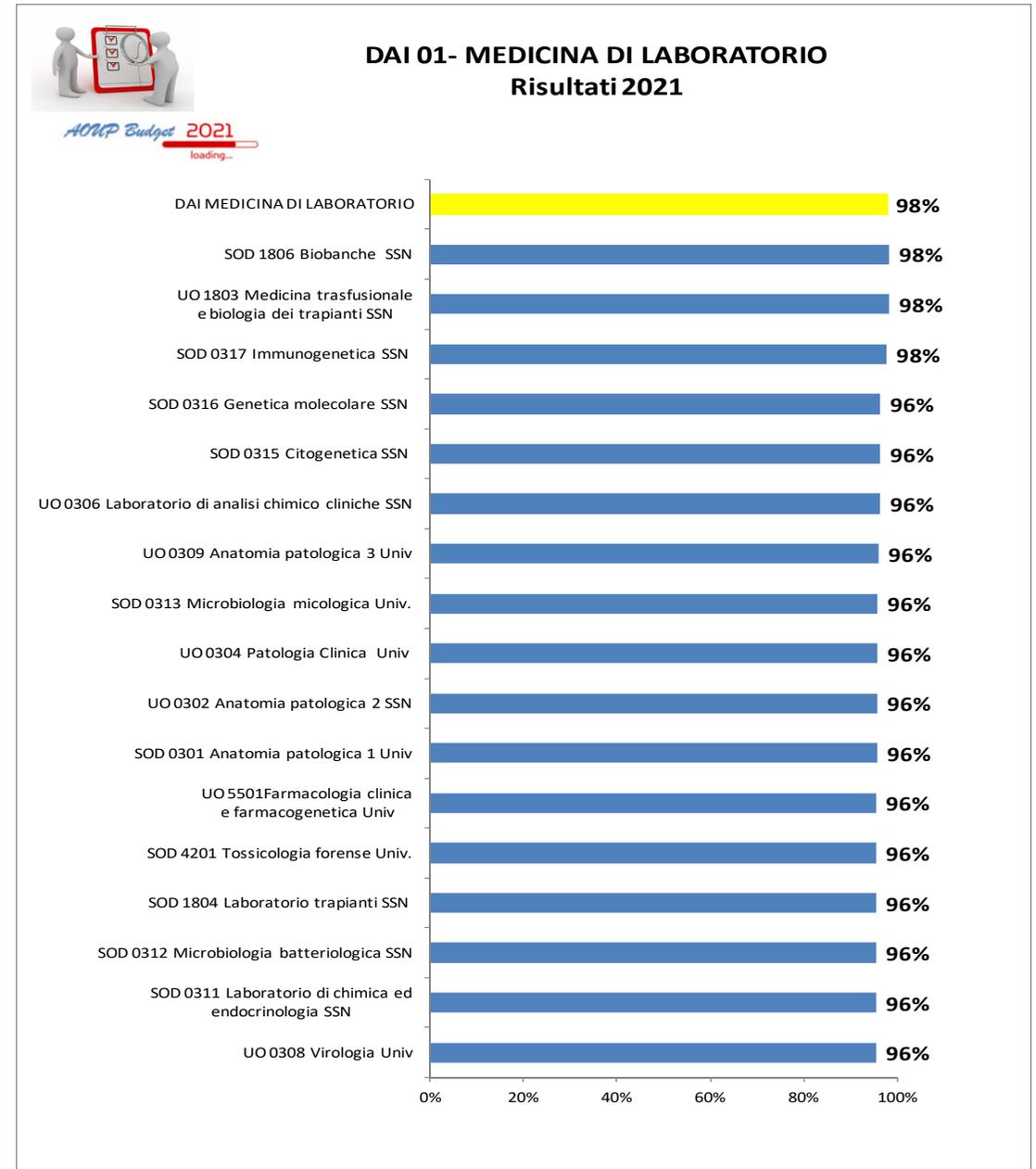
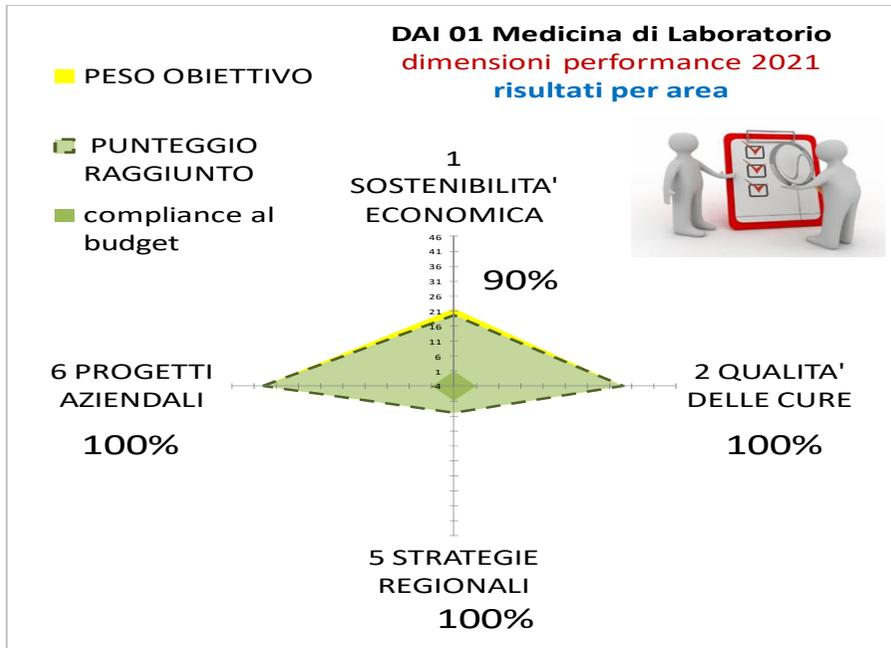
- NASF= Nucleo Amministrativo Supporto Farmaceutica
- RIQAE= Unità Operativa Riqualficazione e Adeguamento Edifici Esistenti
- RNP RNSC = Unità Operativa Nuove realizzazioni e Progetti
- AQ = Unità Operativa Accreditamento e qualità
- URP = Unità Operativa Ufficio Relazione con il Pubblico

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Azioni / attività relative alle misure di prevenzione della corruzione delle strutture a lato indicate che avevano scadenza al 31/12/2021								Totale azioni / attività misure specifiche previste nel PTPC al 31.12.21	% realizzazione
	Realizzate al 100%	Realizzate al 85%	Realizzate al 80%	Realizzate al 70%	Realizzate al 50%	Realizzate al 20%	Non realizzate		
AAGG	5	0	0	0	0	0	1	6	83,33
CDG	5	0	0	0	0	0	0	5	100,00
DMP	7	0	0	0	0	0	0	7	100,00
FAMA	4	0	0	0	0	0	0	4	100,00
GAPAO	7	0	0	0	0	0	0	7	100,00
GEF	4	0	0	0	0	0	0	4	100,00
INTAUD	5	0	0	0	0	0	0	5	100,00
ISAP	4	0	0	0	0	0	0	4	100,00
LEGA	5	0	0	0	0	0	0	5	100,00
GALP - LPROF	7	0	0	0	0	0	0	7	100,00
MKGPS&CA	6	0	0	0	0	0	0	6	100,00
PATR	10	0	0	1	0	0	0	11	97,27
PEGRU	10	0	0	1	0	0	0	11	97,27
NASF	8	0	0	0	0	0	0	8	100,00
RIQAE	6	0	0	0	0	0	0	6	100,00
RNP - RNSC	6	0	0	0	0	1	0	7	88,57
AQ	5	0	0	0	0	0	0	5	100,00
URP	5	0	0	0	0	0	0	5	100,00
								113	
	109	0	0	2	0	1	1	113	98,14

**RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2021 DAI DIPARTIMENTI AD
ATTIVITA' INTEGRATA**

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 01 - MEDICINA DI LABORATORIO



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

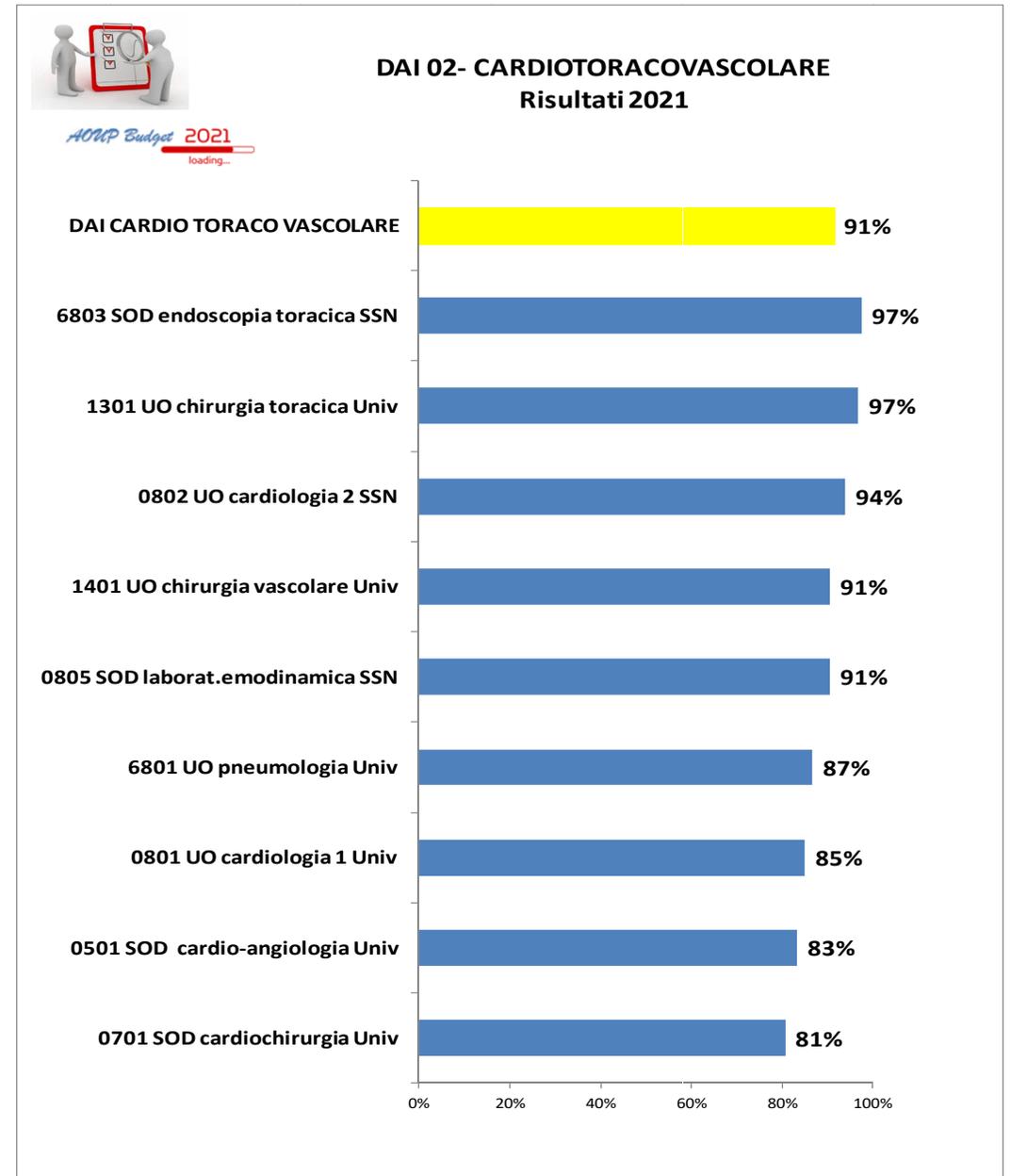
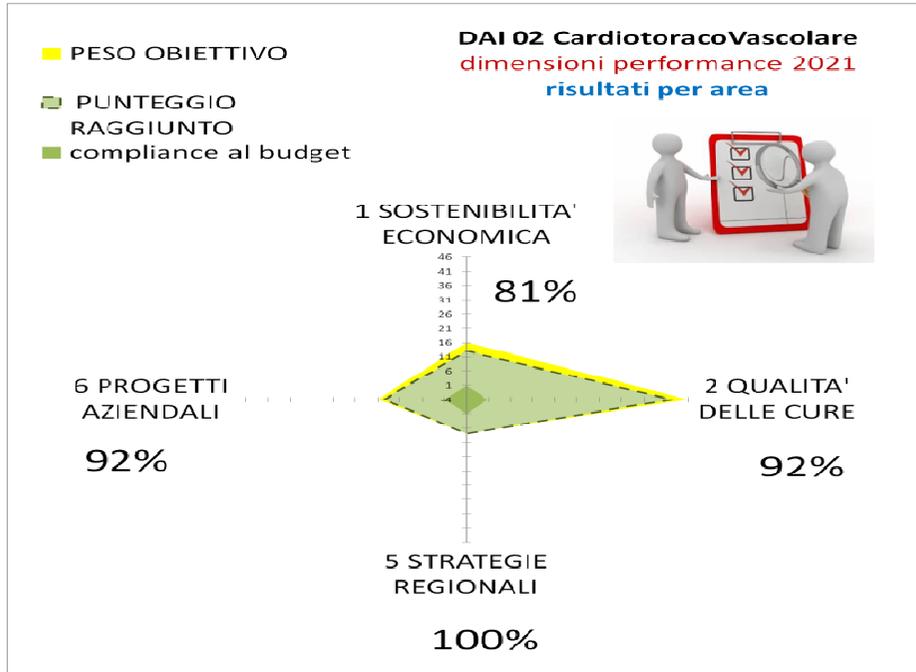
Scheda di Budget – Risultati 2021

DAI 01- MEDICINA DI LABORATORIO					
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio attribuito
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	6	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 1.033.869,84€ vs 992.200,86€ Delta (€): +41.668€ (+4,20%) ;	4,69
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: Monitoraggio consumo diagnostici sui dipartimenti a maggior consumo (DAI Specialità mediche, Anestesia, Emergenza urgenza, Materno Infantile. Area	8	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a)2021 vs 2020 (covid): -191.195€ b)2021vs 2019 (no covid): -36.354€	8
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: a) costi dispositivi diagnostici in vitro il cui consumo è strettamente connesso all'emergenza COVID-	8	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a)2021 vs 2020 (covid): -1.247.884 b)2021vs 2019 (no covid): +0,54%(+78.662€)	7
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Rivisitazione dei profili di esami del Laboratorio corelab alla luce della riorganizzazione del nuovo laboratorio edificio 200/E	10	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Creato nel mese di giugno 2021 un gruppo di Lavoro con le UU.OO afferenti all'Area Medica" / "Dipartimento di Emergenza e Urgenza finalizzato alla rivisitazione dei profili di esami corelab Raggiunto	10
	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	5	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	5
	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione Tempi di Refertazione: esami di LABORATORIO Genetica	5	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	5
	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Indirizzo diagnostico clinico per le richieste di genetica biennio 2021-2022. Avvio della preparazione di documenti per la valutazione delle necessità delle strutture dell'AOUUP, tenendo conto dei centri di riferimento aziendali e regionali, dell'appropriatezza prevista negli atti relativi al Nomenclatore tariffario nazionale necessario per l'elaborazione dei PDTA	10	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	10
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA : incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza (medicina trasfusionale)	4	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	4
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	5	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 2021 SPECIALISTICA=96% 2021 FARMACEUTICA=72% SPECIALISTICA E FARMACEUTICA IN MIGLIORAMENTO	5

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 01- MEDICINA DI LABORATORIO					
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio attribuito
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	3,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	3,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	3,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	ACCREDITAMENTO: mantenimento della documentazione necessaria al rispetto dei requisiti previsti dalla norma ISO9001:2015 in previsione della visita di sorveglianza per l'anno 2021	10	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	10
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Accreditamento ISO 20387 delle biobanche di ricerca e sviluppo per la SOD Biobanche - Biobanca BMS	6	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	6
	2 TRACCIABILITA	Anatomie patologiche: implementazione completa WINSAP 3.0	8	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	8
	2 TRACCIABILITA	Trasferimento completo con accorpamento attività di biochimica e patologia clinica nell'edificio 200/E	5	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto	5
			100		97,69

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 02 - CARDIOTORACOVASCOLARE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 02 CARDIOTORACOVASCOLARE					
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 20.618.381,45€ vs 17.232.786,16€ Delta (€): +3.385.595€ (+19,65%)	1,83
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	4,00	raggiunto	4,00
	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	2,00	raggiunto	2,00
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO non raggiunto (+ 8 %) VALUTAZIONE STRUTTURE	1,11
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	2,00	raggiunto	2,00
	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	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Raggiunto (+0,8%)	2,00
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Riduzione Fluorochinoloni = - 44% Obiettivo raggiunto.	3,00
		FARMACI OFF LABEL : conformità alle nuove modalità di richiesta prescrizione off label in setting ricorrenti	2,33	raggiunto	2,33
		FARMACI OFF LABEL : Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	2,33	raggiunto	2,33
		FARMACI OFF LABEL : Richiesta di inserimento, ai sensi della Legge 648/96 , di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	2,33	raggiunto	2,33
	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	8,00	parzialmente raggiunto	7,13

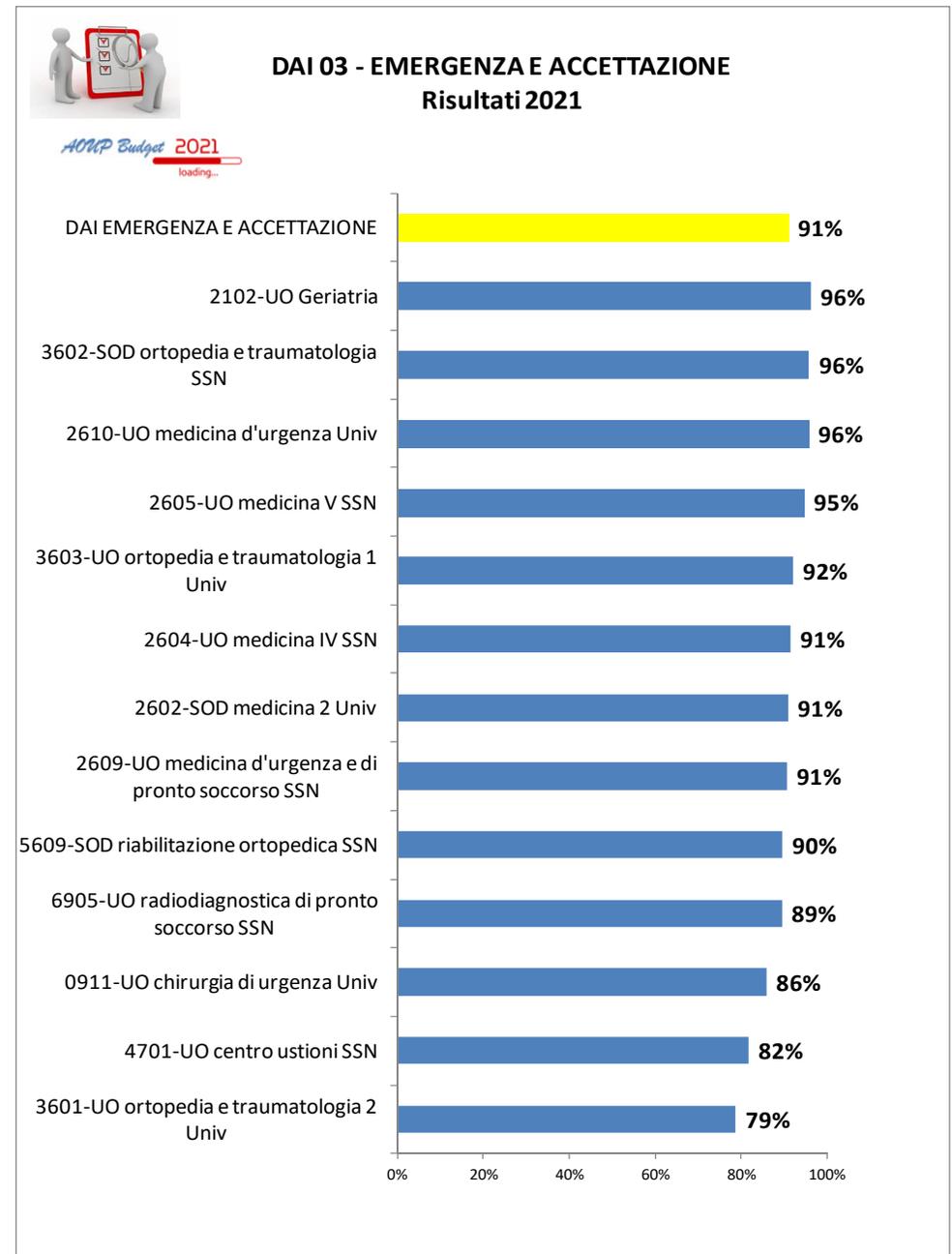
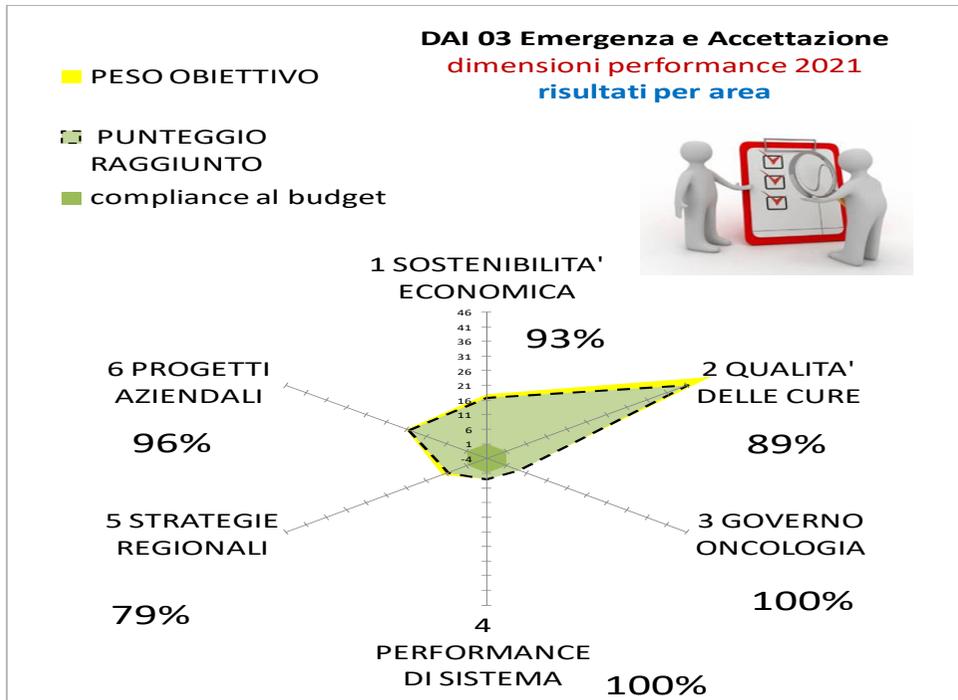
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 02 CARDIOTORACOVASCOLARE					
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	IMA, rischio morte 30g (UO Cardiologia 1 , UO Cardiologia 2)	0,80	Anno 2021: 7,86 Anno 2020: 10,99	0,80
		IMA-ST, rischio morte 30g (UO Cardiologia 1 , UO Cardiologia 2)	0,80	Anno 2021: 10,08 Anno 2020: 12,78	0,80
		BPCO, rischio morte 30g (UO Pneumologia)	0,80	Anno 2021:17,57 Anno 2020: 14,14	0,00
		Bypass AC, rischio morte 30g (UO Cardiocirurgia)	0,80	Anno 2020-2021:2,03 Anno 2018-2019: 2,79	0,80
		Intervento a valvole cardiache, rischio morte 30g (Sod Laboratorio Emodinamica , UO Cardiocirurgia)	0,80	Anno 2020-2021:2,44 Anno 2018-2019: 3,00	0,80
		Intervento K polmone, rischio morte 30g (UO Chirurgia Toracica)	0,80	Anno 2019-2021:0,52 Anno 2016-2018:2,54	0,80
		Scompenso CC, rischio morte 30g (UO Cardiologia 1, UO Cardiologia 2)	0,80	Anno 2021:9,47 Anno 2020:10,05	0,80
		Ictus ischemico, rischio morte 30g (Uo Chir.Vascolare)	0,80	Anno 2021: 9,66 Anno 2020: 14,47	0,80
		Aneurisma AA non rotto, rischio morte 30g (Uo Chir.Vascolare)	0,80	Anno 2020-2021:0,79 Anno 2018-2019:0,56	0,00
		Polmonite, rischio morte 30g (UO Pneumologia)	0,80	Anno 2021:12,37 Anno 2020: 14,44	0,80
		6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	raggiunto
2 QUALITA' DELLE CURE		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 nelle aree di degenza; -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 29,31/1000 gg Raggiunto b) 85% c) 8% casi origine non nota (buona applicazione Pa196, ma peggiorati casi entro i reparti 48%)	1,67
		PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)79% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)86% di segnalazioni presenti su totale osservazioni 3)non valutabile	2,50
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	raggiunto	3,00
		FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,57

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 02 CARDIOTORACOVASCOLARE					
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
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	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	4,43
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	K PNE: Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	5,00
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Day Surgery trasferimento in setting chirurgico appropriato: rispetto delle % soglia del day surgery definite dalla DGRT 1140/2014 e Patto della Salute 2010-2012 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriata;	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE 146 ricoveri di cui 129 (88%) in DS Miglioramento vs 2020 (80%)	2,00
		DRG MEDICI a rischio di inappropriata (ARI): Riduzione del volume	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO volumi 2021: -11 vs 2020 Raggiunto	2,00
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	5,00	2021 SPECIALISTICA=95% 2021 FARMACEUTICA=84% SPECIALISTICA E FARMACEUTICA IN MIGLIORAMENTO	5,00
		TELEVISITE di CONTROLLO: estensione fruibilità dei servizi assistenziali ambulatoriali attraverso l'aumento delle visite di controllo effettuate mediante canale telematico, per le specialità di cui alla delibera GRT 464/2020 (chirurgica, vascolare, toracica, cardiologica, cardiocirurgica, pneumologica, angiologica-flebologica)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
		Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
		Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	3,00	% LDO RO Inviata:94% % LDO DH Inviata:93%	2,57
		Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,51
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaWEB (UU.OO. Ch. Vascolare, Cardiocirurgia, Ch. Toracica)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,57
			100,00		91,30

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio attribuito al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	8	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 6.201.129,66€ vs 7.301.337,14€ Delta (€): -1.100.207,48€ (-15,07%) RAGGIUNTO	8
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI : costi dispositivi diagnostici il cui consumo non è connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2019;	3	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 2021vs 2019 (no covid):-3.041€(-1,35%) RAGGIUNTO	3
	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	2,3	Raggiunto	2,3
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	2,3	Raggiunto	2,3
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	2,3	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO non raggiunto (+10%) VALUTAZIONE STRUTTURE	1,1
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	8	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Riduzione Fluorochinoloni = - 13% Obiettivo raggiunto.	8
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Rivisitazione dei profili per le richieste di esami in regime di routine e in urgenza del Laboratorio corelab : partecipazione agli incontri organizzati dal laboratorio	2	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Creato nel mese di giugno 2021 un gruppo di Lavoro con le UU.OO afferenti all'Area Medica" / "Dipartimento di Emergenza e Urgenza finalizzato alla rivisitazione dei profili di esami corelab Raggiunto	2
	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	3	parzialmente raggiunto	1,6
	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)	4	TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	4

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE

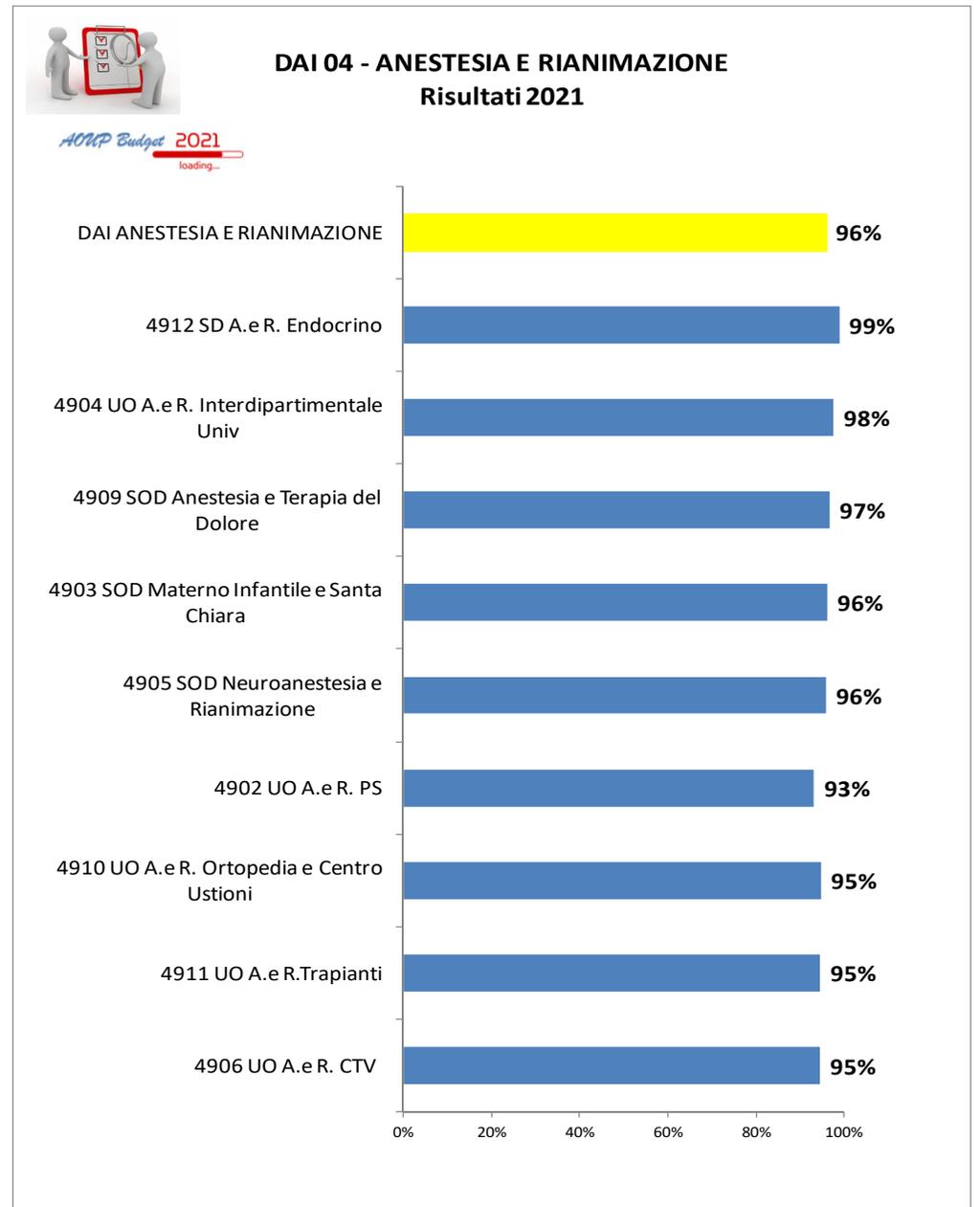
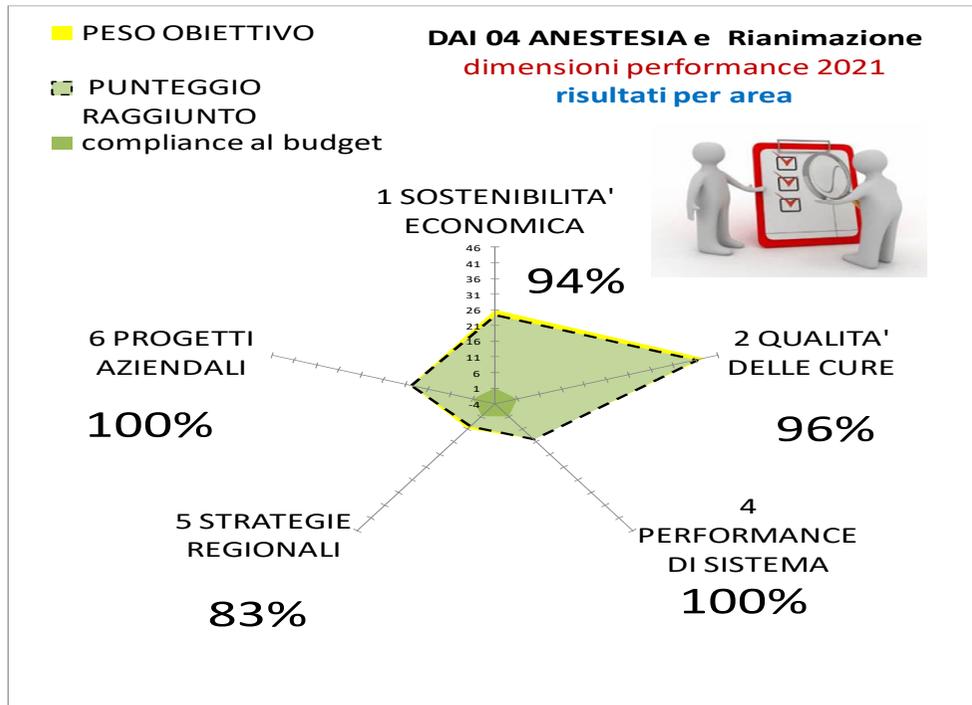
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio attribuito al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	4 PRONTO SOCCORSO	DIAGNOSI PRECOCE DI SEPSI: Rispetto degli standard aziendali per la diagnosi precoce di Sepsis in applicazione della DGRT 752/2017 "Programma di lotta alla Sepsis"	2,0	VALUTAZIONE STRUTTURE 5,07 vs 4,04	2,0
	4 PRONTO SOCCORSO	Monitoraggio percorsi pronto soccorso (Diagnosi precoce di ictus ischemico , Valutazione del dolore toracico)	2,0	VALUTAZIONE STRUTTURE 1)53,08 2)77,06	1,5
	5 ESITI	Frattura femore , rischio morte 30g (UO Ortopedia e Traum.2, UO Ortopedia e Traum.1)	1,0	Anno 2021: 4,42 Anno 2020: 9,17	1,0
	5 ESITI	Frattura femore , percentuale interventi 2g (UO Ortopedia e Traum.2, UO Ortopedia e Traum.1)	1,0	Anno 2021:87,69 Anno 2020:80,01	1,0
	5 ESITI	Ictus ischemico , rischio morte 30g (UO Geriatria, UO Medicina IV, UO Medicina V, UO Medicina II, UO Medicina d'Urgenza e PS, UO Medicina d'Urg.)	1,0	Anno 2021: 9,66 Anno 2020: 14,47	1,0
	5 ESITI	Intervento K colon, % interventi in laparoscopia (UO Chirurgia d'Urgenza)	0,8	Anno 2021: 76,19 Anno 2020:59,09 (eccetto urgenti)	0,8
	5 ESITI	Intervento K colon , rischio morte 30g (UO Chirurgia d'Urgenza)	0,8	Anno 2021-2020:4,30 Anno 2018-2019:4 Mantenimento	0,8
	5 ESITI	Intervento K retto , rischio morte 30g (UO Chirurgia d'Urgenza)	0,8	Anno 2019-2021:0,33 Anno 2016-2018:3,61	0,8
	5 ESITI	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (UO Chirurgia d'Urgenza)	0,8	Anno 2021: 79,32 Anno 2020: 76,11	0,8
	5 ESITI	IMA , rischio morte 30g per 100 (UO Geriatria, UO Medicina d'Urgenza e PS)	0,8	Anno 2021: 7,86 Anno 2020: 10,99	0,8
	5 ESITI	BPCO , rischio morte 30g (UO Geriatria, UO Medicina IV, UO Medicina V, UO Medicina II, UO Medicina d'Urgenza e PS, UO Medicina d'Urg.)	0,8	Anno 2021:17,57 Anno 2020: 14,14	0,0
	5 ESITI	Polmonite , rischio morte 30g per 100 (UO Geriatria, UO Medicina IV, UO Medicina V, UO Medicina d'Urgenza e PS, UO Medicina d'Urg.)	0,8	Anno 2021:12,37 Anno 2020: 14,44	0,8
	5 ESITI	Scopenso CC , rischio morte 30g per 100 (UO Geriatria, UO Medicina IV, UO Medicina V, UO Medicina d'Urgenza e PS, UO Medicina d'Urg.)	0,8	Anno 2021:9,47 Anno 2020:10,05	0,8
	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell'implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	2,0	VALUTAZIONE STRUTTURE	1,8

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 03 EMERGENZA ACCETTAZIONE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio attribuito al DAI
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	TELEVISITE di CONTROLLO: estensione fruibilità dei servizi assistenziali ambulatoriali attraverso l'aumento delle visite di controllo effettuate mediante canale telematico, per le specialità di cui alla delibera GRT 464/2020 (Geriatrica, Medicina Interna, Ortopedica, Neurchirurgia)	2	VALUTAZIONE STRUTTURE	2
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	3	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,79
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	3	VALUTAZIONE STRUTTURE	3
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaweb (UU.OO Ortopedia E Traumatologia 1, Ortopedia e Traumatologia 2, Sd Ortopedia e Traumatologia, Ch. Urgenza)	3	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,62
			100		90,93

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 04 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 04 ANESTESIA E RIANIMAZIONE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punti assegnati al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019 ad eccezione della categoria dispositivi correlati alle procedure ad alto Rischio (DPAR)	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 8.745.282,71€ vs 8.040.754,03€ Delta (€): +704.528,68€ (+8,76%)	3,83
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI CORRELATI A PROCEDURE AD ALTO RISCHIO (DPAR): (Trapianti, ECMO, altro...) Monitoraggio (Paniere DPAR 2021) finalizzato all'isolamento dei dispositivi il cui consumo è determinato dal correlato volume della produzione non programmabile che li origina e determinazione dei relativi standard interni	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DPAR 2021: 1.106.914€ Incremento correlato all'utilizzo in pz Covid particolarmente compromessi e all'uso in procedure DCD raggiunto	5,00
		DISPOSITIVI ad alta tecnologia: rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	5,00
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI: costi dispositivi diagnostici il cui consumo non è connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2019;	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 2021vs 2019 (no covid):-1.258€(-0,42%)	3,00
	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	2,67	Raggiunto	2,67
		FARMACEUTICA: costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	2,67	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO parzialmente raggiunto (+ 9 %) VALUTAZIONE STRUTTURE	2,22
		FED corretta registrazione farmaci FED	2,67	Raggiunto	2,67
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	8,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Riduzione Fluorochinoloni = - 20% Obiettivo raggiunto.	8,00
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE Trasmissione esiti nei tempi previsti: 96%	4,80
	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	FRATTURA FEMORE: <u>Supporto anestesiológico</u> : 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)	4,50	VALUTAZIONE STRUTTURE 89,9% raggiunto	4,50

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 04 ANESTESIA E RIANIMAZIONE

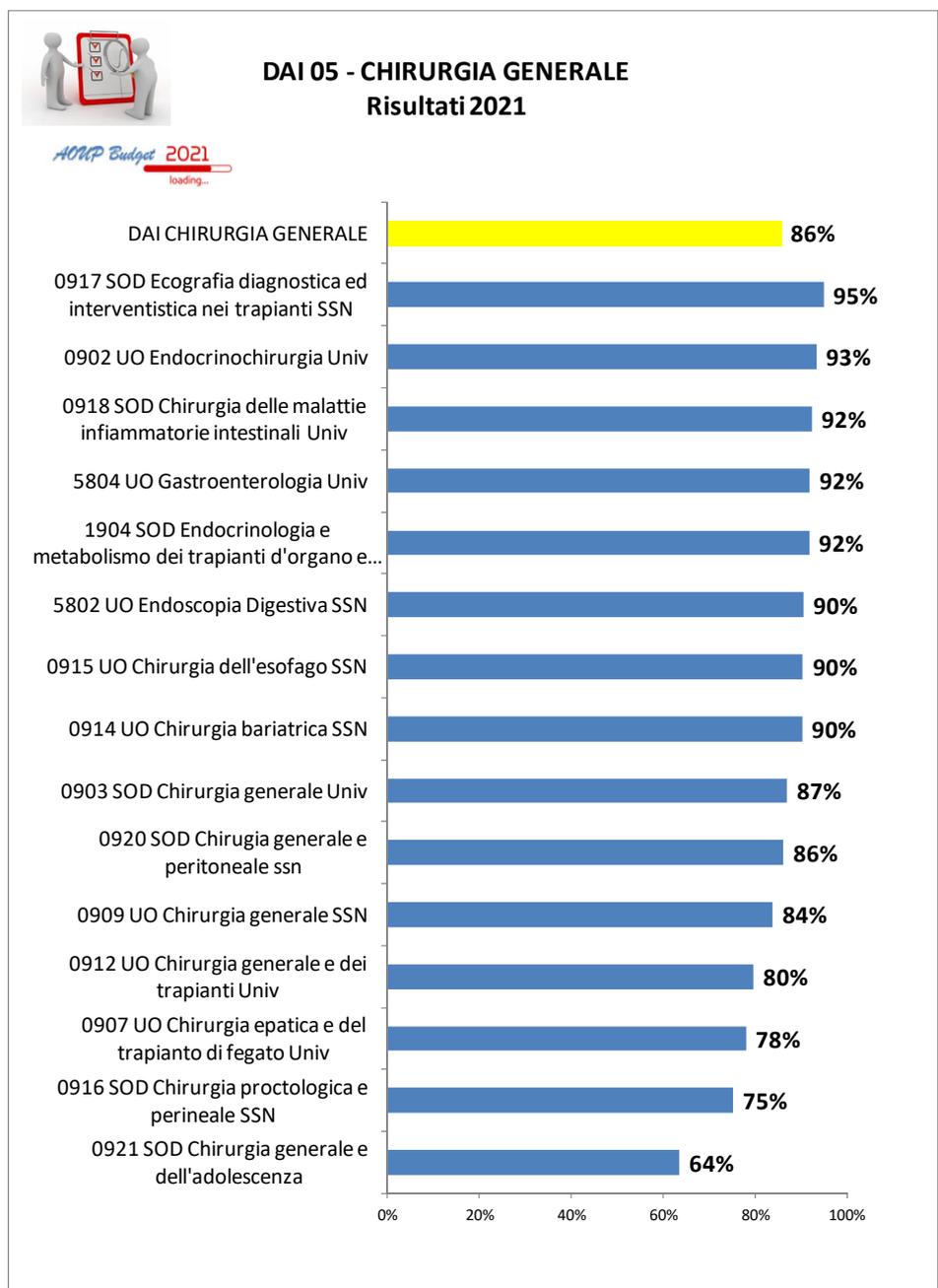
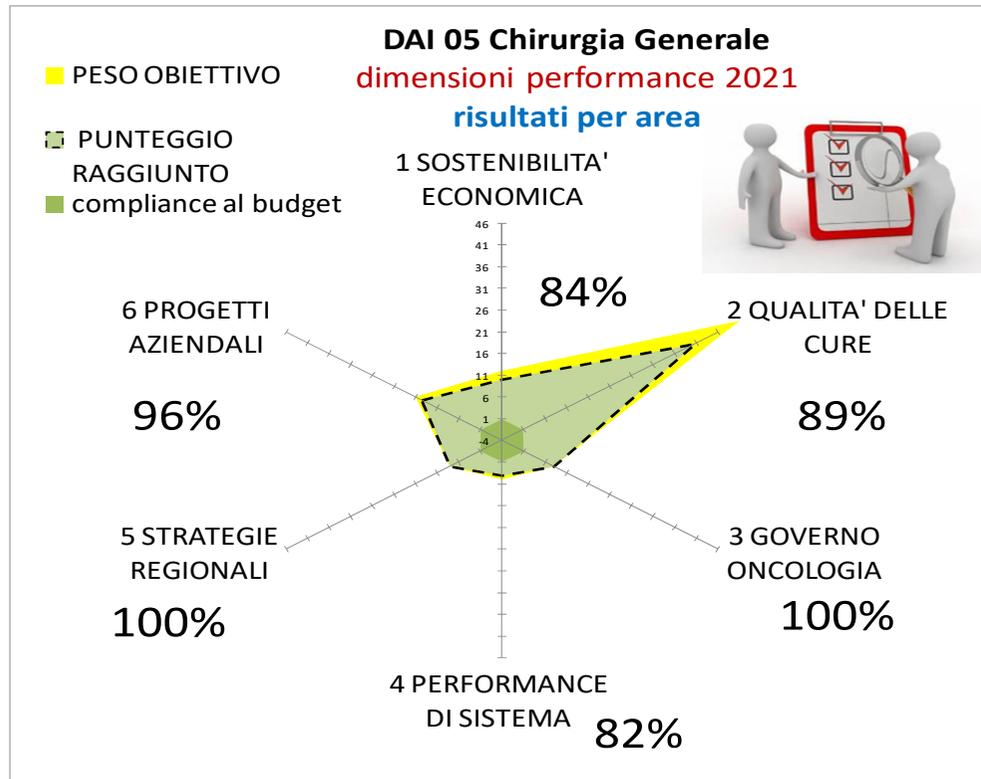
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punti assegnati al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	ECMO TEAM: Elaborazione della procedura di attivazione del team di assistenza extracorporea delle insufficienze da organo	6,50	La procedura è stata inviata, in data 24/05/2021 alla Direzione Sanitaria per revisione e successiva approvazione	6,50
	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,53
	6 RISCHIO CLINICO	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: applicazione delle misure di controllo degli organismi multiresistenti mediante azioni di monitoraggio -a) del consumo congruo gel alcolico;	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 58,51/1000 gg Raggiunto	5,00
	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)88% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)91% di segnalazioni presenti su totale osservazioni 3)non valutabile	5,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	Raggiunto	3,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	1,83
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	2,33	Anno 2021 Morti encefaliche segnalate: 31 Posti letto UTI: 24 =1,29 Raggiunto	2,33
	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	2,33	Anno 2021 Donatori procurati: 17 Morti encefaliche segnalate: 31 =54,8%	2,33
	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	2,33	Anno 2020 Morti encefaliche segnalate: 31 Decessi con lesione cerebrale acuta: 57 =54,38%	2,33
	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	Monitoraggio delle donazioni a cuore fermo (procedura DCD)	3,00	Istituito un registro presso il Coordinamento Trapianti Aziendale Raggiunto	3,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 04 ANESTESIA E RIANIMAZIONE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punti assegnati al DAI
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	3,00	2021 SPECIALISTICA=80% 2021 FARMACEUTICA=69% VALUTAZIONE STRUTTURE	2,00
	1 SANITA' DIGITALE	TELEVISITE di CONTROLLO: estensione fruibilità dei servizi assistenziali ambulatoriali attraverso l'aumento delle visite di controllo effettuate mediante canale telematico, per le specialità di cui alla delibera GRT 464/2020 (Cure palliative, Anestesiologica)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
	6 ORMAWEB	utilizzo del campo DESTINAZIONE su Ormaweb	6,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	6,00
			100,00		95,54

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 05 - CHIRURGIA GENERALE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 05 CHIRURGIA GENERALE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	PUNTI attribuiti al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	3,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 8.745.282,71€ vs 8.040.754,03€ Delta (€): +704.528,68€ (+8,76%)	2,02
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	3,50	Raggiunto	3,50
	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	1,67	Raggiunto	1,67
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	1,67	Raggiunto	1,67
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	1,67	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO (incremento del 9,7% rispetto al 2020, anno 2020 di riferimento)	1,28
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Riduzione Fluorochinoloni= - 2% VALUTAZIONE STRUTTURA	1,90
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : conformità alle nuove modalità di richiesta prescrizione off label in setting ricorrenti	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURA 1 OFF LABEL USO RICORRENTE	2,33
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURA OBIETTIVO 100 %	2,33
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Richiesta di inserimento, ai sensi della Legge 648/96 , di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURA LA FARMACIA NON E' A CONOSCENZA DI RICHIESTA INSERIMENTO IN LEGGE 648 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	2,33
	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	8,00	Parzialmente raggiunto	5,80
	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)	6,00	TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	6,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 05 CHIRURGIA GENERALE

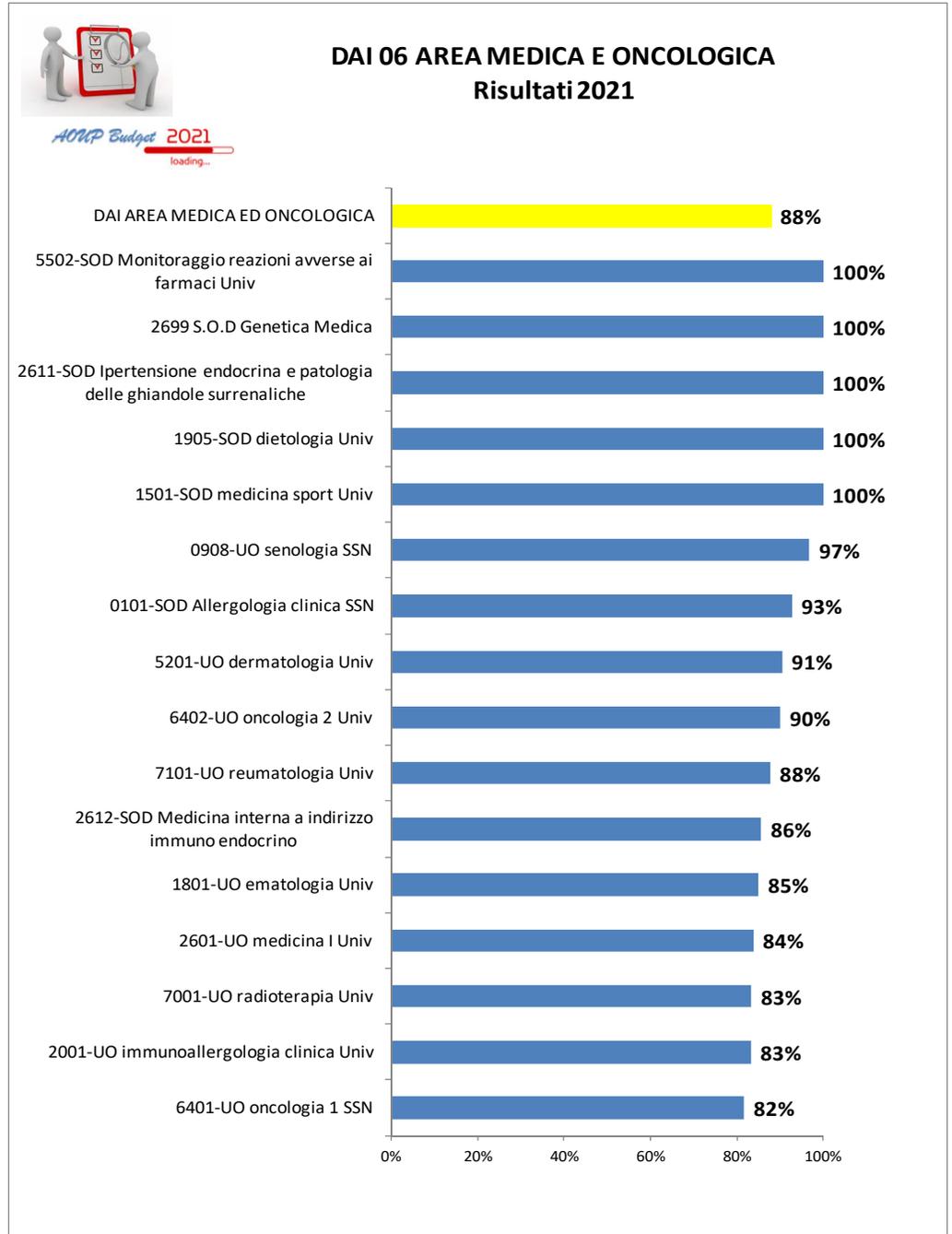
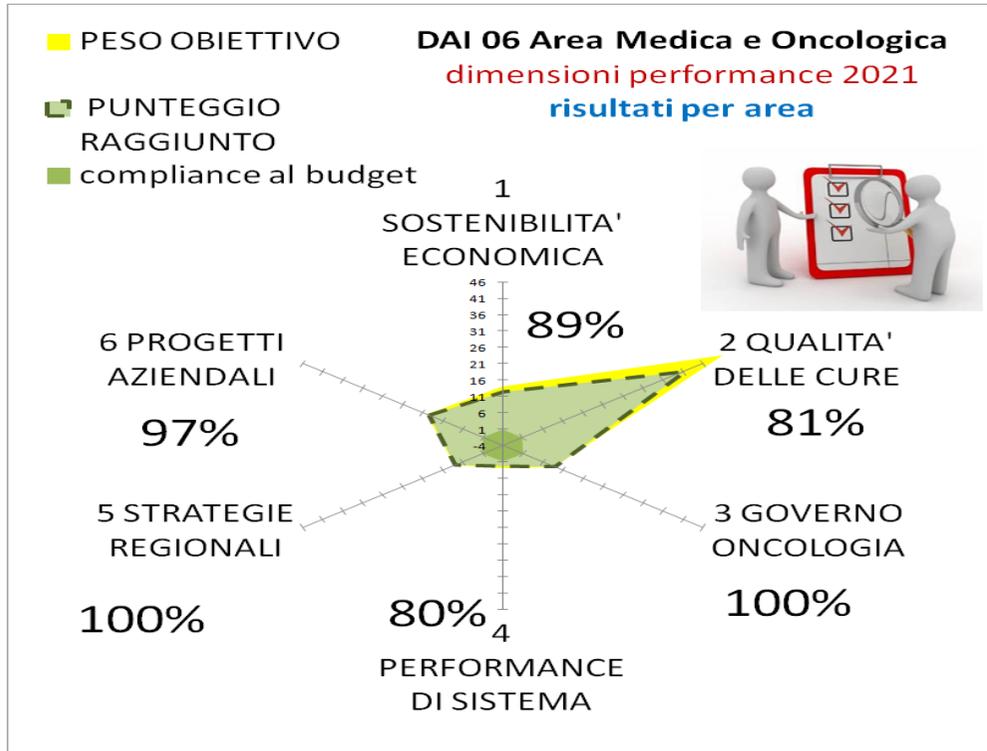
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	PUNTI attribuiti al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon, % interventi in laparoscopia (UO Chirurgia generale e dei Trapianti, UO Endocrinochirurgia, SD Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale e Peritoneale)	1,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,53
	5 ESITI	Intervento K colon , rischio morte 30g (UO Chirurgia generale e dei Trapianti, UO Endocrinochirurgia, SD Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generalee Peritoneale)	1,33	Anno 2021-2020:4,30 Anno 2018-2019:4 mantenimento	1,33
	5 ESITI	Intervento K retto , rischio morte 30g (UO Chirurgia generale e dei Trapianti, SD Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generalee Peritoneale)	1,33	Anno 2019-2021:0,33 Anno 2016-2018:3,61	1,33
	5 ESITI	Intervento K pancreas , rischio morte 30g (UO Chirurgia generale e dei Trapianti, SD Chirurgia Generale)	1,33	Anno 2019-2021:4,38 Anno2016-2018: 5,65	1,33
	5 ESITI	Intervento K stomaco , rischio morte 30g (UO Chirurgia dell'Esofago, SD Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale e Peritoneale)	1,33	Anno 2019-2021:8,07 Anno 2016-2018:5,96	0,00
	5 ESITI	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (UO Chirurgia generale e dei Trapianti, UO Endocrinochirurgia, SD Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generale, UO Chirurgia Generalee Peritoneale, UO Chirurgia epatica e del trapianto di fegato,UO Chirurgia bariatrica, SOD Chirurgia delle malattie infiam)	1,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,83
	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza . Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,50
	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 nelle aree di degenza; -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 25,8/1000 gg Raggiunto b) 92% c) 6,38% casi origine non nota (invariato vs 2020, ma elevata % infezioni nosocomiali-55,3)prazialmente raggiunto	2,08
	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)81% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)91% di segnalazioni presenti su totale osservazioni 3)non valutabile	2,50

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 05 CHIRURGIA GENERALE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	PUNTI attribuiti al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	Raggiunto	3,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,50
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale; presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	4,60
	8 VALUTAZIONE	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	riduzione	VALUTAZIONE STRUTTURE	-0,50
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIV	K PNE: Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	8,00	Raggiunto	8,00
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Day Surgery trasferimento in setting chirurgico appropriato: rispetto delle % soglia del day surgery definite dalla DGRT 1140/2014 e Patto della Salute 2010-2012 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriatazza;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE 795 ricoveri di cui 511 (64%) in DS Peggioramento vs 2020 (75%)	1,88
	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriatazza (ARI): Riduzione del volume	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO volumi 2021: +24 vs 2020 Non raggiunto. VALUTAZIONE STRUTTURE	2,21
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	5,00	2021 SPECIALISTICA=92% 2021 FARMACEUTICA=76% SPECIALISTICA E FARMACEUTICA IN MIGLIORAMENTO	5,00
	1 SANITA' DIGITALE	TELEVISITE di CONTROLLO: estensione fruibilità dei servizi assistenziali ambulatoriali attraverso l'aumento delle visite di controllo effettuate mediante canale telematico, per le specialità di cui alla delibera GRT 464/2020 (endocrinologica, colon proctologica, chirurgica)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	3,00	% LDO RO Inviato:98% % LDO DH Inviato:44%	2,79
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,86
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaweb	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,42
			100,00		85,57

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 06 - AREA MEDICA E ONCOLOGICA



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 06 AREA MEDICA E ONCOLOGICA

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 1.903.569,36€ vs 1.784.115,38€ Delta (€): +60.283,98€ (+3,38%)	1,36
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	2,00	Raggiunto	2,00
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI : costi dispositivi diagnostici il cui consumo non è connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2019;	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 2021vs 2019 (no covid): +153.211 non raggiunto ma attività aumentata del 22%	3,00
	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	1,75	Raggiunto	1,75
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	1,75	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Obiettivo RAGGIUNTO (- 6,78%)	1,75
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	1,75	Raggiunto	1,75
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	PNS: AZZERAMENTO (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	1,75	VALUTAZIONE STRUTTURA 1)PNS per farmaci ad alto costo e gestiti in ATTESA CONFERMA pari allo 0,5% complessivamente per tutto il DIP 6; 2) numero complessivo di PNS pari al 4,5% dell'allesito vs 3,9% dell'anno precedente Obiettivo Raggiunto al 50%	0,88
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Obiettivo NON RAGGIUNTO (+152% vs 2020)	1,60
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA U.O. EMATOLOGIA Classi Carbapenemi Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	3,00	Raggiunto	3,00
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : conformità alle nuove modalità di richiesta prescrizione off label in setting ricorrenti	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Obiettivo non raggiunto VALUTAZIONE STRUTTURA	2,86
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Obiettivo non raggiunto VALUTAZIONE STRUTTURA	3,03

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 06 AREA MEDICA E ONCOLOGICA

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Richiesta di inserimento, ai sensi della Legge 648/96 , di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Obiettivo non raggiunto VALUTAZIONE STRUTTURE	0,67
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Rivisitazione dei profili per le richieste di esami in regime di routine e in urgenza del Laboratorio corelab: partecipazione agli incontri organizzati dal laboratorio	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Creato nel mese di giugno 2021 un gruppo di Lavoro con le UU.OO afferenti all'Area Medica" / "Dipartimento di Emergenza e Urgenza finalizzato alla rivisitazione dei profili di esami corelab Raggiunto	2,00
	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	2,00	Parzialmente raggiunto	1,69
	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)	5,00	TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	5,00
	5 ESITI	Polmonite , rischio morte 30g (UO Medicina 1)	2,00	Anno 2021: 12,37 Anno2020: 14,44	2,00
	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 06 AREA MEDICA E ONCOLOGICA

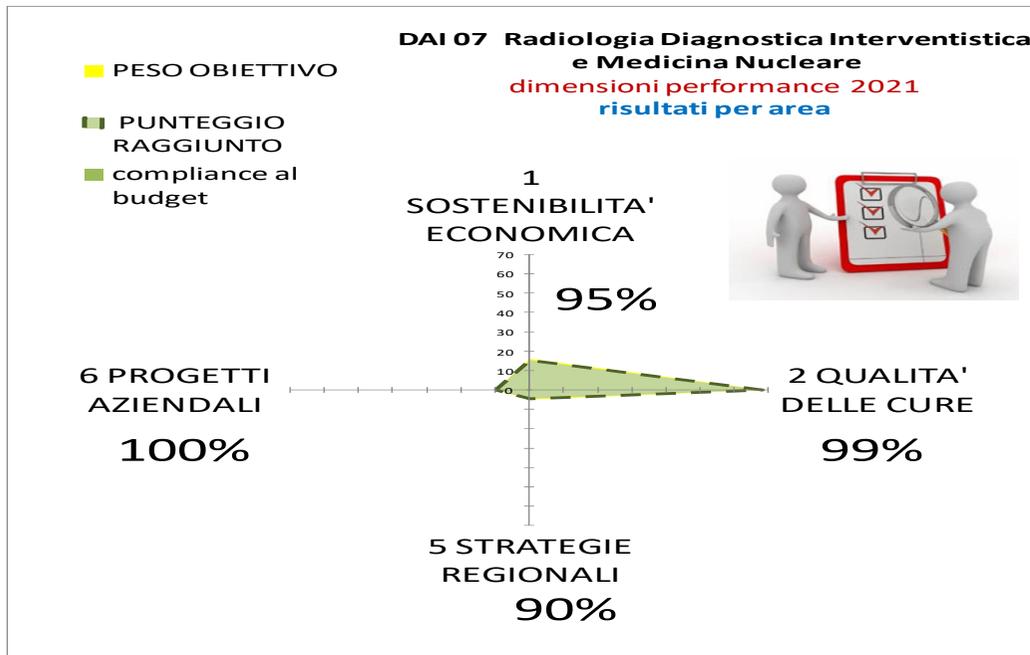
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: applicazione delle misure di controllo degli organismi multiresistenti mediante azioni di monitoraggio -a) del consumo congruo gel alcolico; -b) della compliance igiene delle mani area degenza e ambulatori oncologico -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 20,8l/1000 gg Raggiunto b) 88% c) 10% casi origine non nota, pochi casi nosocomiali raggiunto	2,50
	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)84% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)86% di segnalazioni presenti su totale osservazioni 3)non valutabile	2,50
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	Raggiunto	3,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURA	2,70
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURA	2,90
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURA	3,00
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO ORGANIZZATIVA	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	0,67	Anno 2021: 79%	0,67
	1 APPROPRIATEZZA CLINICO ORGANIZZATIVA	% di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella derivante dall'obiettivo regionale (NSG H022) Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	0,67	Anno 2021:562 pazienti	0,67
	1 APPROPRIATEZZA CLINICO ORGANIZZATIVA	Qualità chirurgica del trattamento offerto alla donna: % di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	0,67	Anno 2021: 87,89%	0,67
	1 APPROPRIATEZZA CLINICO ORGANIZZATIVA	K PNE: Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	7,00	volumi 2021 vs 2020: K Mammella 713 vs 652 Sostanziale Congruità ANNO 2019 e 2018 Mammella 726 e 737	7,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 06 AREA MEDICA E ONCOLOGICA

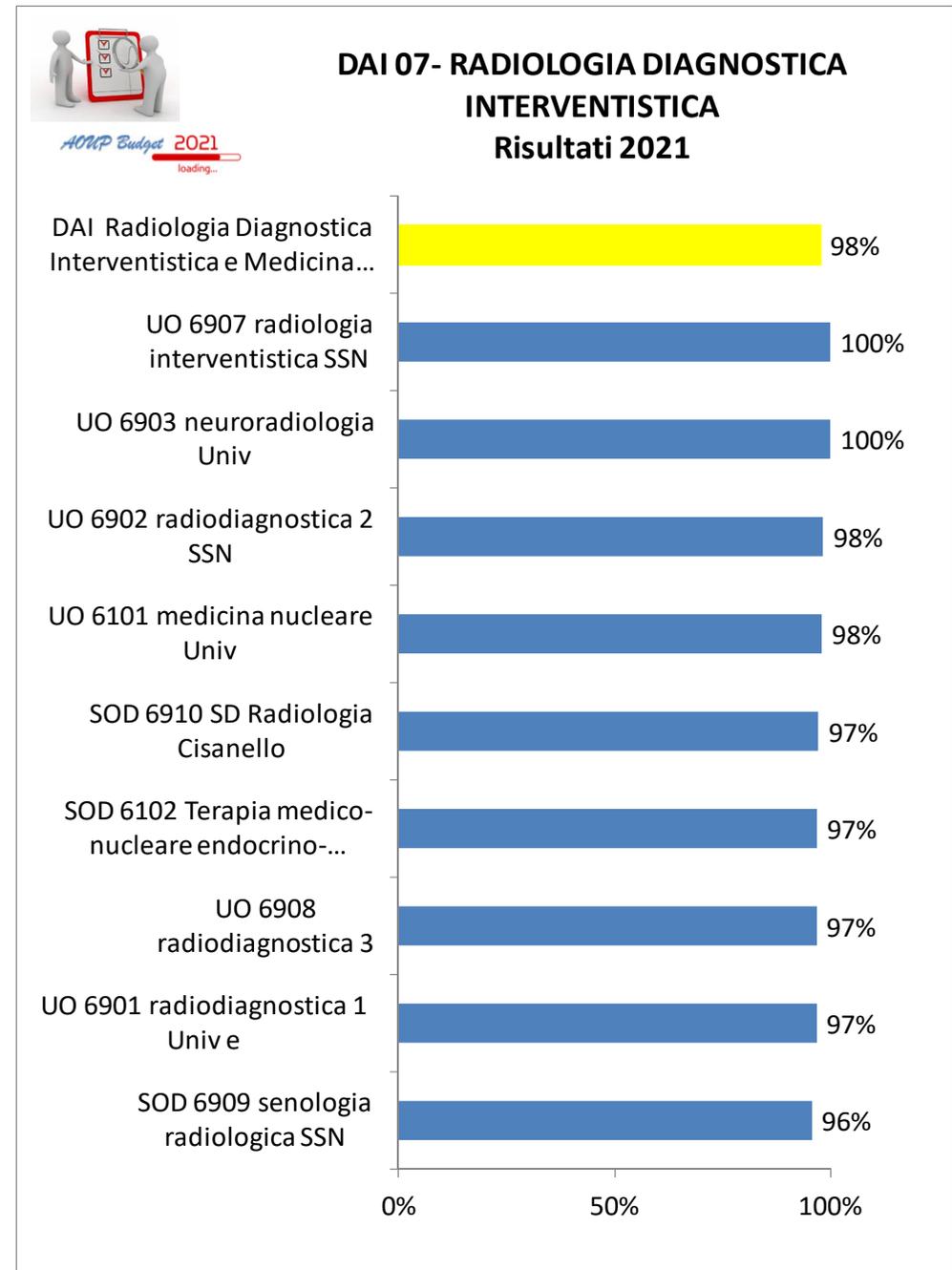
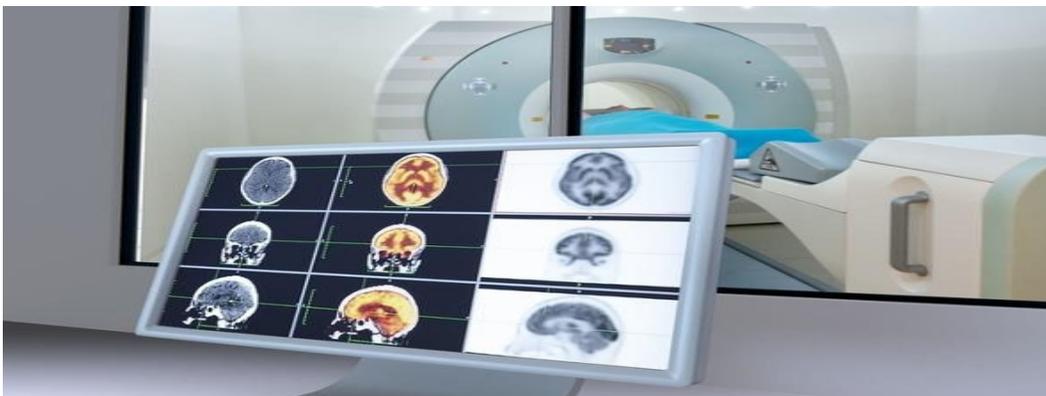
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	punteggio assegnato al DAI
4 PERFORMANC E DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Day Surgery trasferimento in setting chirurgico appropriato: rispetto delle % soglia del day surgery definite dalla DGRT 1140/2014 e Patto della Salute 2010-2012 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriately;	1,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE 324 ricoveri di cui 359 (90%) in DS Peggioramento vs 2020 (94%) ma mantiene alta la percentuale di raggiungimento	1,50
	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriately (ARI): Riduzione del volume	1,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO volumi 2021: +177 vs 2020 Non raggiunto. VALUTAZIONE STRUTTURE	0,89
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	5,00	2021 SPECIALISTICA=93% 2021 FARMACEUTICA=83% SPECIALISTICA E FARMACEUTICA IN MIGLIORAMENTO	5,00
	1 SANITA' DIGITALE	TELEVISITE di CONTROLLO: estensione fruibilità dei servizi assistenziali ambulatoriali attraverso l'aumento delle visite di controllo effettuate mediante canale telematico, per le specialità di cui alla delibera GRT 464/2020 (Medicina interna, Dermatologia, Dietologia, Reumatologia, Radioterapia, Genetica medica, Immunoallergologia Clinica, Senologia, Oncologia, Ematologia, Allergologia)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,19
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,91
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaweb (UO Senologia)	2,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	1,79
			100,00		87,87

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 07 - RADIOLOGIA DIAGNOSTICA INTERVENTISTICA

E MEDICINA NUCLEARE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 07 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA INTERVENTISTICA E MEDICINA NUCLEARE

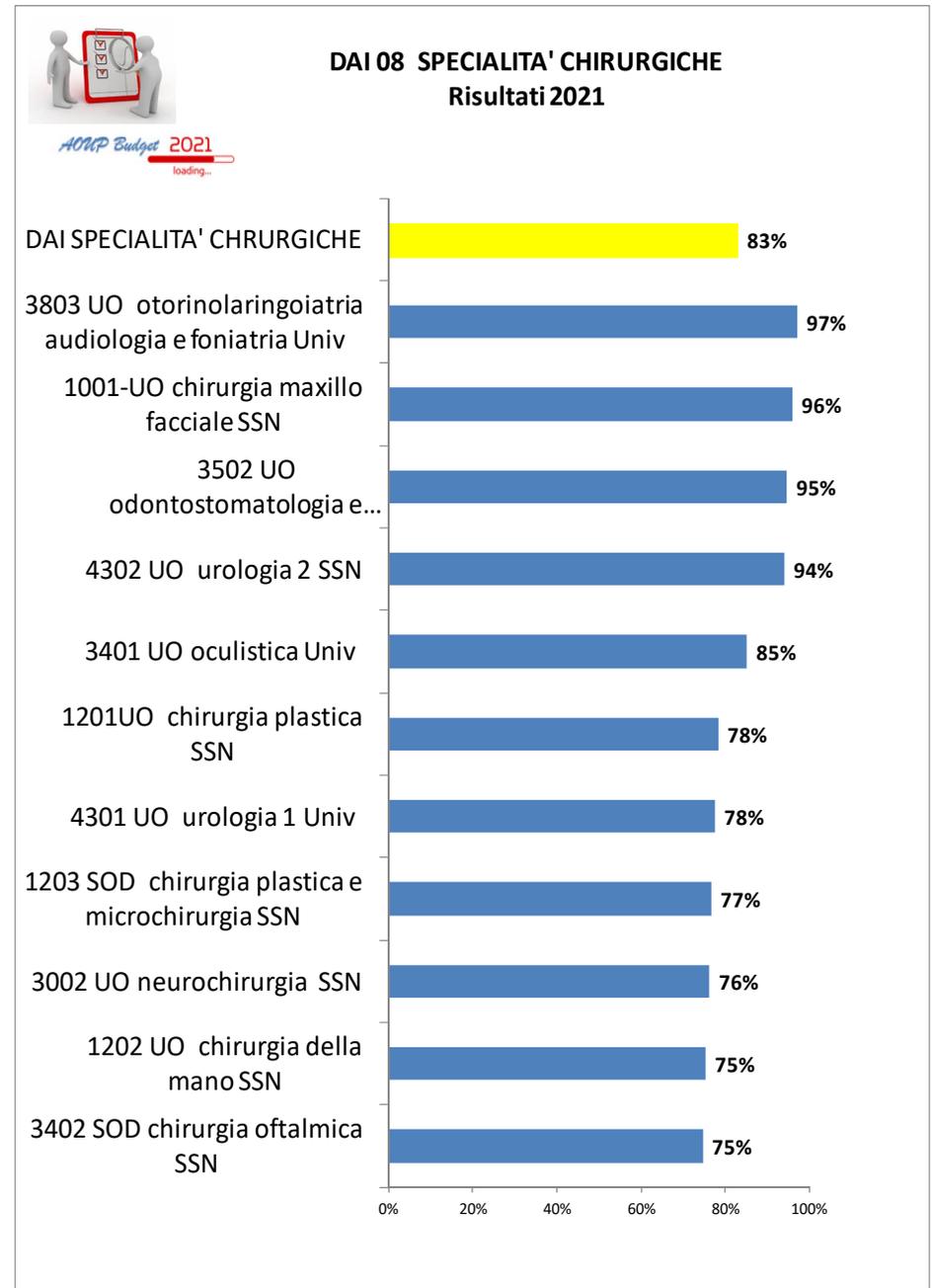
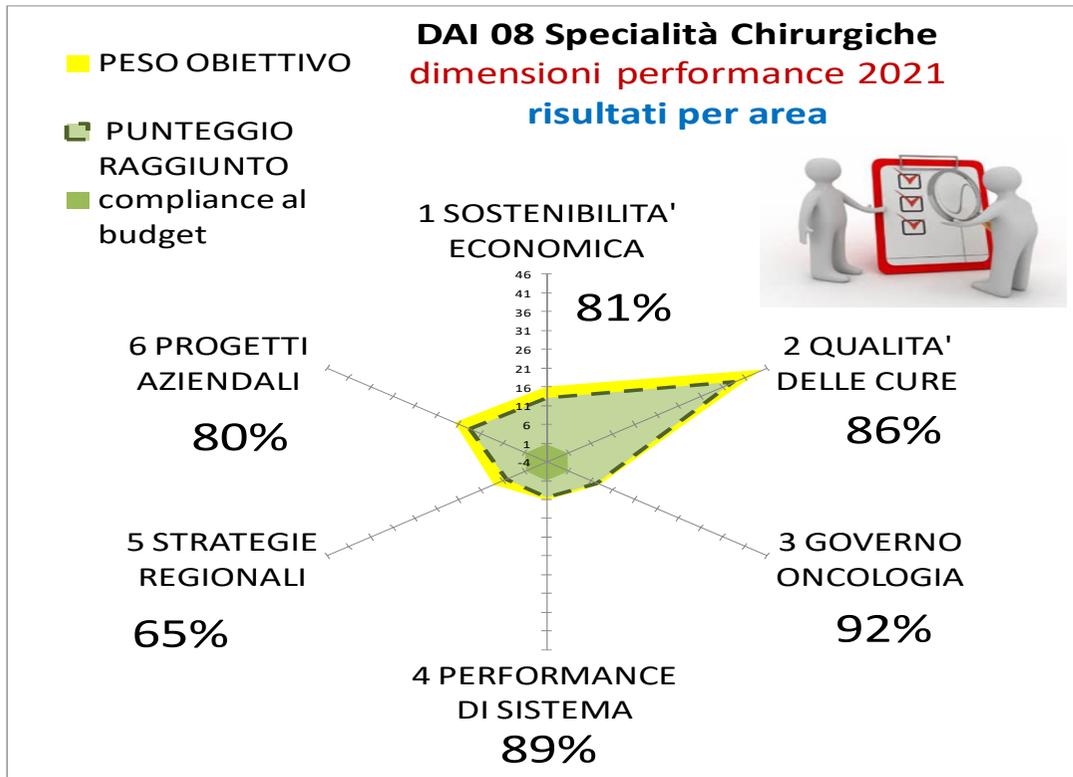
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBBIETTIVO	PESO OBBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati a DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 4.541.218,83€ vs 4.676.963,38€ Delta (€): -135.075€ (-2,90%)	4,00
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	4,00	Raggiunto	4,00
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	4,00	Obiettivo non RAGGIUNTO (+12,6% vs 2020) parzialmente giustificato	3,14
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	4,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	4,00
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	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	11,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO A)Trombectomie:103 vs 89 (2020)= +15% B)Misurazione: AOUP 3h 46min; ATNO 5h24min C)Costo medio:6150€ D)Outcome:64% pz	11,00
	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Valorizzazione di percorsi di eccellenza: PERCORSO PIEDE DIABETICO/SALVATAGGIO D'ARTO: 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	11,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO A)Formalizzazione percorso:rimandato al 2022 B)1)Volume ricoveri: 167 2)Indicatore efficienza: costo medio 1562€ 3)Amputazioni: 3,3 vs 3,9	11,00
	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	11,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO A)Procedura: rimandato al 2022 B)-Nr pazienti: 53 vs 56b= -7% -Indicatore Esito: eseguito monitoraggio c) 482990€ vs spesa prevista 621.200€	11,00
	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Riorganizzazione dell'attività di risonanza magnetica per pazienti ricoverati ed esterni in elezione e in urgenza Revisione / Riorganizzazione offerta di Prestazioni Radiologiche disponibili per esterni ed interni	8,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO raggiunto	8,00
	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Presentazione di un progetto per la riorganizzazione all'interno dell'AOUP della Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC)	8,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO progetto in itinere Raggiunto	8,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 07 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA INTERVENTISTICA E MEDICINA NUCLEARE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati a DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	5,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	<i>Progetti Aziendali: sicurezza pazienti/operatori</i> IMPLEMENTAZIONE PROGETTO CONTROLLO DELLA DOSE in RADIOLOGIA: a) Utilizzo del sistema di monitoraggio informatico della dose (SMID) per ottimizzare la radioprotezione dei pazienti e del personale. b) Inserimento della dose sui referti	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) e b) raggiunto	5,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	5,00	Raggiunto	5,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	4,00
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	5,00	2021 SPECIALISTICA=75% 2021 FARMACEUTICA=80% VALUTAZIONE STRUTTURE	4,51
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU (Medicina Nucleare	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
			100,00		97,65

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 08 – SPECIALITÀ CHIRURGICHE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 08 SPECIALITA' CHIRURGICHE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punteggio assegnato al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 7.242.993,25€ vs 8.530.348,86€ Delta (€): -1.287.355,61€ (-15,09%)	4,00
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	4,00	Raggiunto	4,00
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : Consolidamento delle azioni mirate su gruppo S01 attivate nel 2021 (Lucentis: <=UP 430; Eylea: <= UP 240; Ozurdex: <= UP 220)	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Lucentis: 530 (Ob.<=UP 430) Eylea: 308 (Ob.<= UP 240) Ozurdex: 163 (Ob.<= UP 220) NON RAGGIUNTO	0,00
	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	2,00	Raggiunto	2,00
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	2,00	Raggiunto	2,00
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	2,00	NON RAGGIUNTO (+ 7 %)	1,00
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	10,00	RAGGIUNTO (- 19 %)	10,00
	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	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	4,33
	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)	6,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	6,00
	5 ESITI	Intervento K cerebrale , rischio morte 30g (UO Neurochirurgia)	2,50	Raggiunto	2,50
	5 ESITI	Proporzione di prostatectomie transuretrali (Indicatore Mes C5.3)	2,50	Raggiunto	1,25

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 08 SPECIALITA' CHIRURGICHE

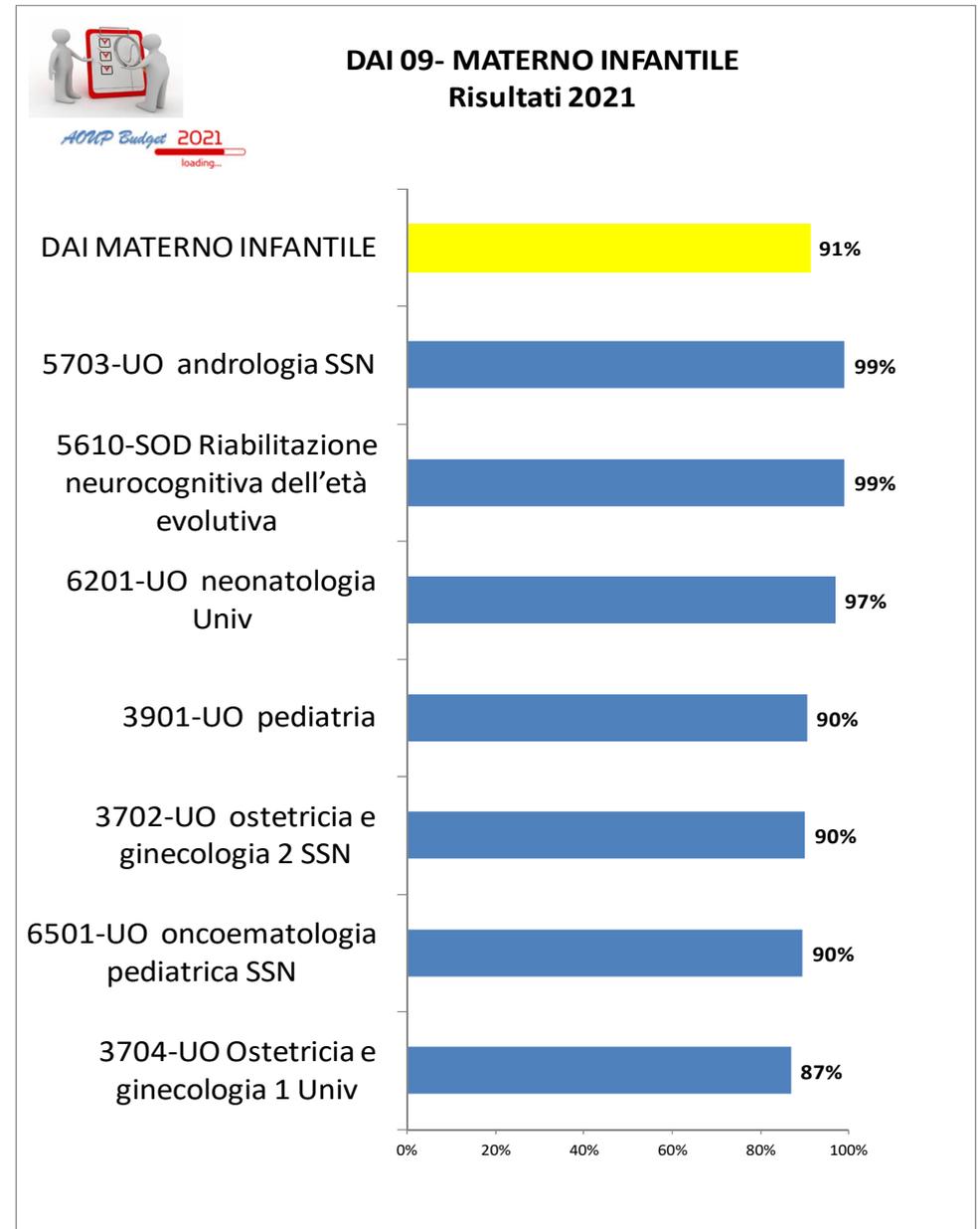
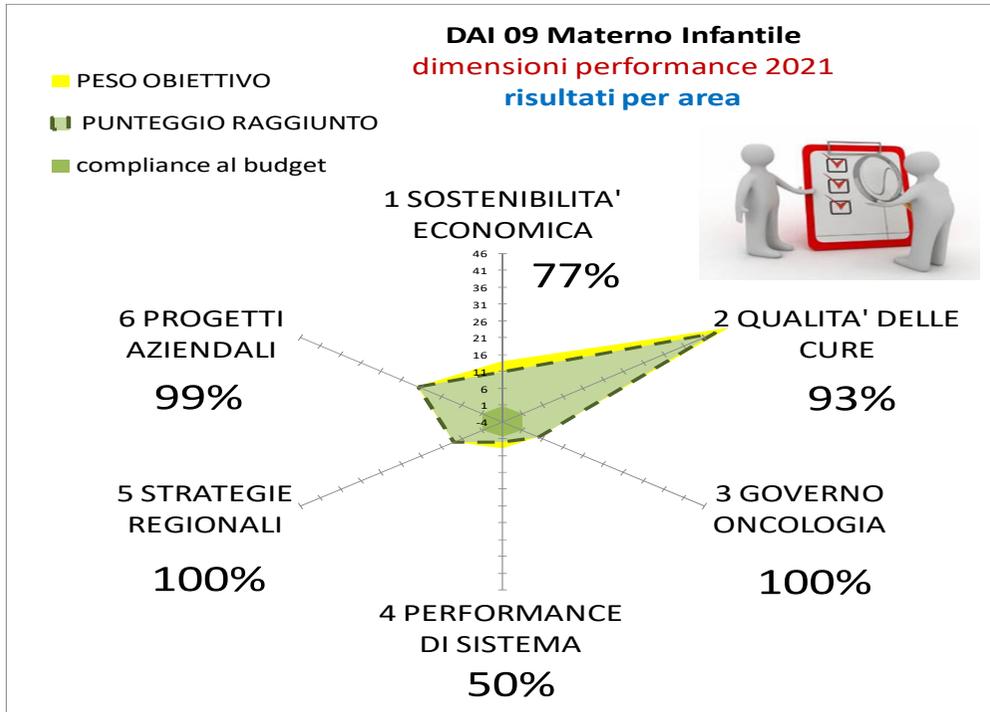
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punteggio assegnato al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	Raggiunto	2,85
	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 nelle aree di degenza; -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 37,1 L/1000 gg Raggiunto b) 85% c) 12% casi origine non nota (buona applicazione PA196 , abbastanza alta % casi nosocomiali_56%)	2,00
	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)90% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)90% di segnalazioni presenti su totale osservazioni 3)non valutabile	2,50
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	Raggiunto	3,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURA	1,50
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURA	3,11
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	RIDUZIONE 0,5%	VALUTAZIONE STRUTTURA	-0,50
	3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	K PNE: Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	8,00	VALUTAZIONE STRUTTURA
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Day Surgery trasferimento in setting chirurgico appropriato: rispetto delle % soglia del day surgery definite dalla DGRT 1140/2014 e Patto della Salute 2010-2012 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriately;	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE 1661 ricoveri di cui 3406 (49%) in DS Miglioramento vs 2020 (46%) VALUTAZIONE STRUTTURA	3,33
	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriately (ARI): Riduzione del volume	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO volumi 2021: -31 vs 2020 Raggiunto	2,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 08 SPECIALITA' CHIRURGICHE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punteggio assegnato al DAI
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	8,00	2021 SPECIALISTICA=82% 2021 FARMACEUTICA=72% VALUTAZIONE STRUTTURE	5,18
		1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	2,67	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
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.	2,67	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,67	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,18
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,45
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaweb	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,43
				100,00	

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 09 - MATERNO INFANTILE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 09 MATERNO INFANTILE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019: 1.529.720,32€ vs 1.291.876,35€ Delta (€): 237.843,97€ (18,41%)	0,80
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI : costi dispositivi diagnostici il cui consumo non è connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2019;	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 2021vs 2019 (no covid):-10.901€(-6,31%)	3,00
	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	2,33	Raggiunto	2,33
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	2,33	Raggiunto	2,33
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	2,33	OBIETTIVO RAGGIUNTO (- 15,23%)	2,33
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	6,00	OBIETTIVO 100 % (-26%)	6,00
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : conformità alle nuove modalità di richiesta prescrizione off label in setting ricorrenti	2,33	Raggiunto	2,33
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	2,33	ESITI RICEVUTI al 27/01: 84,2%. Al 03/06 tutti gli esiti del 2021 sono stati inviati	2,33
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Richiesta di inserimento, ai sensi della Legge 648/96 , di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	2,33	LA FARMACIA E' A CONOSCENZA DI RICHIESTA INSERIMENTO IN LEGGE 648 OBIETTIVO raggiunto	2,33
	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	4,00	Raggiunto	4,00
	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 classi di priorità U, B, D e P (Ex DGRT.604 del 6/05/2019)	6,00	TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	6,00
	5 ESITI	monitoraggio % episiotomie depurate	3,00	Anno 2021:15,02% Anno 2020: 15,65%	3,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 09 MATERNO INFANTILE

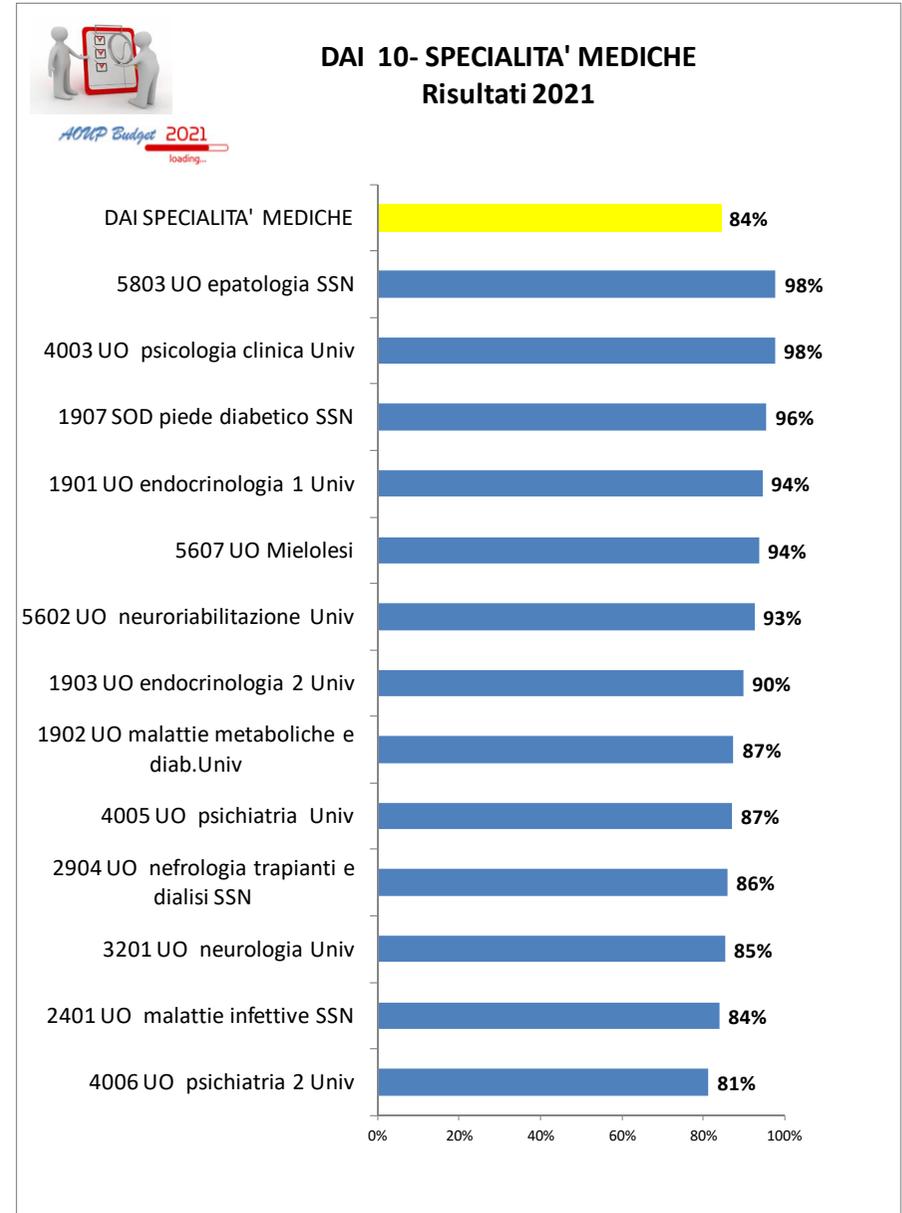
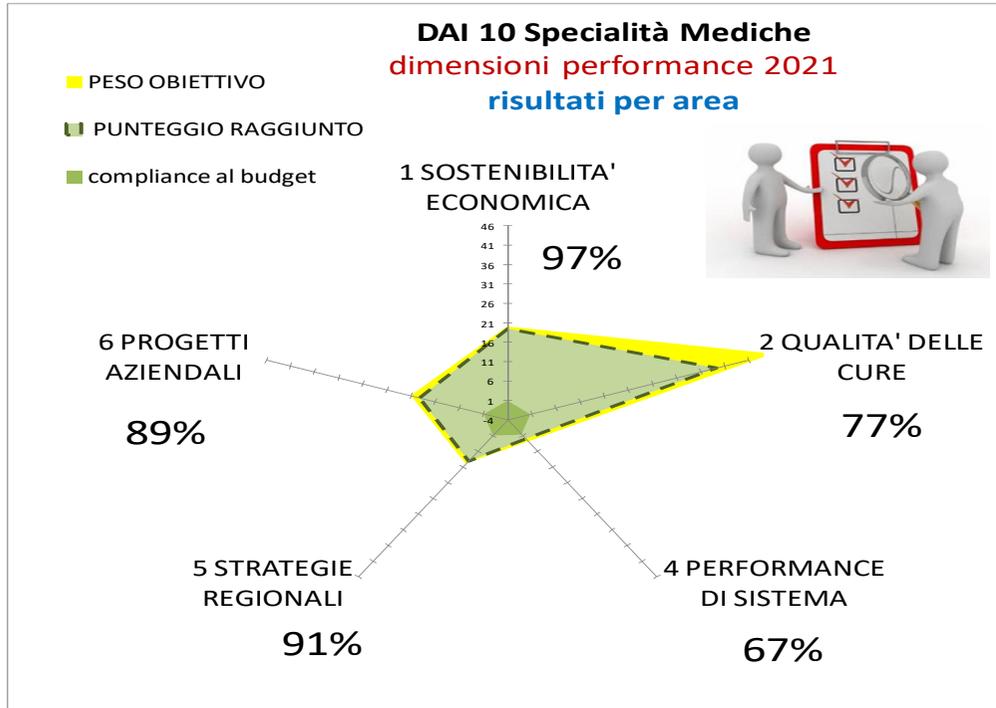
0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati al DAI
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti cesarei depurati	1,75	Anno 2021:14,5% Anno 2020: 14,49% i migliori in Toscana	1,75
	5 ESITI	monitoraggio % parti operativi (forcipe e ventosa)	1,75	Anno 2021:6,30% Anno 2020: 8,77%	1,75
	5 ESITI	Parto cesareo, complicanze severe	1,75	Anno 2021:0,29 Anno 2020: 1,27	1,75
	5 ESITI	riduzione % parti cesarei primari : misura della frequenza di ricorso ai parti cesarei in donne che non hanno effettuato un pregresso cesareo	1,75	Anno 2021:18,79% Anno 2020: 22,25% Rispetto soglia nazionale <25%	1,73
	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza. Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
	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 nelle aree di degenza; -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 24,4/1000 gg Raggiunto b) 86% c)0% casi di origine non nota, ma mancato monitoraggio	2,08
	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)83% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)94% di segnalazioni presenti su totale osservazioni 3)non valutabile	2,50
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA: incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	Raggiunto	3,00
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	1,80
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,13
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	K PNE: Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	5,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 09 MATERNO INFANTILE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati al DAI
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Day Surgery trasferimento in setting chirurgico appropriato: rispetto delle % soglia del day surgery definite dalla DGRT 1140/2014 e Patto della Salute 2010-2012 per i DRG chirurgici a rischio di inappropriatelyzza;	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE 520 ricoveri di cui 981 (53%) in DS Peggioramento vs 2020 (61%)	0,75
	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriatelyzza (ARI): Riduzione del volume	2,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO volumi 2021: +70 vs 2020 Non raggiunto. VALUTAZIONE STRUTTURE	1,25
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	8,00	2021 SPECIALISTICA=90% 2021 FARMACEUTICA=79%	8,00
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,67	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,67
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,67	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,67
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,67	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,67
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	6,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	5,78
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaweb (UU.OO Ostet. Ginec 1, Ostet. Ginec. 2)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,98
			100,00		91,04

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



DAI 10 - SPECIALITÀ MEDICHE



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 10 SPECIALITA' MEDICHE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati al DAI
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Spesa DM 2021 vs 2019 (netto centro Parkinson): 1.620.393€ vs 1.504.977€ Delta (€): +198.270 €(+13%)	3,48
	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI ad alta tecnologia : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	4,00	Raggiunto	4,00
	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI : costi dispositivi diagnostici il cui consumo non è connesso all'emergenza COVID-19, non superiori a quelli del 2019;	4,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 2021vs 2019 (no covid):-21,153€(-7,79%)	4,00
	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	2,67	Raggiunto	2,67
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2020	2,67	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO costo 2021 - 11,2 % del 2020	2,67
	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	2,67	Raggiunto	2,67
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	5,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Riduzione Fluorochinoloni = - 16% Obiettivo raggiunto.	5,00
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA ALLA U.O. 2401 UO Malattie Infettive Classi Carbapenemi Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	4,00	+24,4% vs 2020 causa aumento infezioni	3,40
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : conformità alle nuove modalità di richiesta prescrizione off label in setting ricorrenti	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,00
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,00
	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL : Richiesta di inserimento, ai sensi della Legge 648/96 , di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,00

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 10 SPECIALITA' MEDICHE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati al DAI
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)	8,00	TEMPI DI ATTESA sulle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte della regione rispettati	8,00
	5 ESITI	Polmonite , rischio morte 30g (UO Malattie Infettive)	4,00	Anno 2021:12,37 Anno 2020: 14,44	4,00
	5 ESITI	Ictus ischemico , rischio morte 30g (Uo Neurologia)	4,00	Anno 2021: 9,66 Anno 2020: 14,47	4,00
	6 RISCHIO CLINICO	Dare evidenza dell' implementazione e del consolidamento nel Dipartimento delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza . Rilevamento in occasione dei Giri per la Sicurezza del Paziente della tracciabilità nella documentazione clinica cartacea o informatizzata dell'applicazione delle Pratiche per la Sicurezza del Paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali.	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,91
	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 area degenza e ambulatori dialisi -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO a) 19,91/1000 gg Raggiunto b) 85% c) 4,4% origine non nota (buona applicazione PA196, ma elevati casi nosocomiali- 58%)	1,67
	6 RISCHIO CLINICO	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI : Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	2,50	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO 1)82% di procedure rispettate sulle attese per un corretto isolamento 2)85% di segnalazioni presenti sul totale di pazienti osservati 3)non valutabile	2,50
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA : segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	0,55
	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA : incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici; Partecipazione agli incontri formativi sulla dispositivo vigilanza	3,00	Raggiunto	3,00
	8 VALUTAZIONE UTENZA	PREMS : Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	4,25

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

DAI 10 SPECIALITA' MEDICHE

0 AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	PESO OBIETTIVO	SINTESI DIPARTIMENTALE	Punti assegnati al DAI
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriatazza (ARI): Riduzione del volume	3,00	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO volumi 2021: +42 vs 2020 Non raggiunto. VALUTAZIONE STRUTTURE	2,00
	5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Aumento volumi prescrizioni delle ricette specialistiche e farmaceutiche in Dematerializzata in applicazione del DM 2/11/2011 (specialistica>90%; farmaceutica >80%)	5,00	2021 SPECIALISTICA=88% 2021 FARMACEUTICA=75% SPECIALISTICA E FARMACEUTICA IN MIGLIORAMENTO
1 SANITA' DIGITALE		TELEVISITE di CONTROLLO: estensione fruibilità dei servizi assistenziali ambulatoriali attraverso l'aumento delle visite di controllo effettuate mediante canale telematico, per le specialità di cui alla delibera GRT 464/2020 (Endocrinologica, Infettivologica, Neurologica, Epatologica, Nefrologica, Psichiatrica, Piede diabetico, cefalee)	5,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	5,00
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC), da inviare periodicamente sulla base della base dei propri volumi di attività (mensile/trimestrale/semestrale)	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni UO/SD di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	2,33	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,33
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	3,00	% LDO RO Inviato:74% % LDO DH Inviato:47%	2,30
	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: STU	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	3,00
	6 ORMAWEB	utilizzo della LISTA di ATTESA in Ormaweb (U.O. Piede diabetico)	3,00	VALUTAZIONE STRUTTURE	2,00
			100,00		84,16

**RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2021 DALLE STRUTTURE NON
SANITARIE**

BUDGET 2021 - STRUTTURE NON SANITARIE

DIREZIONE AZIENDALE

STRUTTURA	OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	Area Gestione Operativa Percorso chirurgico: - Redazione procedura aziendale sulla gestione delle Liste di attesa (con DMP e ufficio legale)	Elaborazione Procedura aziendale	SI/NO	15	15
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	Valorizzazione Attività Chirurgica Aoup: Incontri di coordinamento delle attività chirurgiche elettive: livellamento settimanale e giornaliero accessi area critica, bilanciamento fabbisogno sale operatorie con liste attesa (secondo normativa vigente). Coordinamento del gruppo di lavoro con rappresentanti di DMP, Supporto Anestesiologico, Supporto Dir. Infermieristica e rappresentanti delle chirurgie coinvolte.	rilevazione presenze alle riunioni. (Fonte:DMP e GO-Isap); relazione;	report che rilevi la presenza alle riunioni delle strutture coinvolte; relazione a cura della DMP e GO-ISAP sui risultati raggiunti, eventuali criticità emerse e proposte di miglioramento	15	15
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	AREA ICT: Implementazione progetto upgrade tecnologico Postazioni di Lavoro - PDL. Verifica stato dell'arte PDL con team tecnico ESTAR/METIS. Identificazione azioni di miglioramento e monitoraggio.	Relazione	SI/NO	10	10
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	Attività Ambulatoriale Implementazione nuovo gestionale CUP 2.0	Relazione	SI/NO	15	15
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	Dimensione Digitale Mappatura, esigenze e piano di copertura - dotazione hardware ICT** dedicata al lavoro agile	elaborazione mappatura e fabbisogno su processi aziendali sperimentali	Definizione Fabbisogno HW per processi sperimentali individuati (prima release fabb)	10	10
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	Area gestione operativa visual hospital Completamento diffusione piano per ogni paziente su area chirurgica. Mantenimento modello operativo centrale visual hospital	% di reparti raggiunti; relazione	SI/NO	15	15
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	Dimensione Digitale Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	10	10
U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO	PTPC 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
TOTALE U.O INNOVAZIONE E SVILUPPO				100	100
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	10	10
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	PROGETTI DI RICERCA Analisi ed elaborazione, in collaborazione con la UO Controllo di Gestione, di procedura propedeutica alla rendicontazione delle voci di spesa relative a consumi ed attrezzature da utilizzare in fase di rendicontazione intermedia e finale nei confronti dell'ente finanziatore.	Produzione di prototipo e proposta di procedura aziendale nel format qualità	SI/NO	30	30
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	DONAZIONE OMAGGI Elaborazione istruzioni operative per l'accettazione di omaggi a favore di AOUP finalizzate al corretto ingresso dei prodotti nelle strutture aziendali condivisa con le UU.OO. interne interessate in relazione alla tipologie di prodotto/omaggio	elaborazione e presentazione della proposta di istruzioni operative alla direzione per l'approvazione	SI/NO	20	20
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	ACCORDI DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITA' DI TRAINING E PROCTORING Predisposizione di report riepilogativo degli accordi sottoscritti con soggetti esterni per attività formativa (interna e esterna) organizzata da terzi con indicazione dei corrispettivi corrisposti ad AOUP per pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "amministrazione trasparente"	relazione al Controllo di Gestione circa l'avvenuta elaborazione e presentazione della reportistica alla Direzione Aziendale	SI/NO	15	15
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	CONVENZIONI ATTIVE - ACCORDI DI COLLABORAZIONE: Analisi e condivisione con U.O. PeGRU degli aspetti gestionali (di convenzioni e accordi di collaborazione) relativi al personale dipendente che svolge attività in convenzione con soggetti terzi privati: ricognizione delle problematiche aperte ed elaborazione di proposta di indicazioni per la gestione dei compensi al personale	relazione al Controllo di Gestione circa l'avvenuta condivisione con l'U.O. PeGRU delle indicazioni per la gestione dei compensi al personale che svolge attività in convenzione	SI/NO	15	15
UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive	PTPC 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione **	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 ** (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
TOTALE UO Marketing, Progetti Speciali e Convenzioni Attive				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O INTERNAL AUDIT	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	Redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	20	20
U.O INTERNAL AUDIT	Realizzazione delle verifiche straordinarie richieste dal Collegio Sindacale	Documenti di 'Audit Executive Summary' trasmessi alla Direzione entro il 31.12.2021	Realizzazione delle verifiche straordinarie richieste	20	25
U.O INTERNAL AUDIT	Realizzazione degli audit previsti dal Piano di Internal Auditing 2021	Documenti di 'Audit Executive Summary' trasmessi alla Direzione entro il 31.12.2021	Realizzazione di almeno il 90% degli audit programmati nel Piano	30	25
U.O INTERNAL AUDIT	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	Indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023	SI/NO	30	30
TOTALE U.O INTERNAL AUDIT				100	100
U.O LEGALE	Avvio di percorso sinergico tra strutture sanitarie-Direzione Medica di Presidio- U.O. Legale- U.O. Medicina Legale, finalizzato all'interscambio di informazioni per l'ottimizzazione dell'attività difensiva nelle cause per responsabilità sanitaria e per input organizzativi a seguito di casi giudiziari a mezzo di: formazione/informazione del personale sanitario in merito agli aspetti giudiziari della responsabilità sanitaria; segnalazione di casi giudiziari significativi, supporto consultivo giuridico/ medico legale/organizzativo sanitario per questioni di interesse; acquisizione di informazioni-proposte per revisione implementazione rapporti/procedure tra strutture sanitarie/Direzione Medica di Presidio-U.O. Legale-U.O. Medicina Legale	Presentazione del programma, articolazione e calendarizzazione degli incontri con il personale sanitario per formazione, informazione supporto, ascolto e confronto con definizione del contenuto, del numero e delle modalità, entro il 30.06.2021.	SI/NO	50	50
U.O LEGALE	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	40	40
U.O LEGALE	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
TOTALE U.O LEGALE				100	100
U.O RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	20	20
U.O RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Utilizzo sperimentale software applicativo fornito in uso dalla Regione (ditta Project) per la gestione dei contatti con i cittadini secondo la nuova catalogazione di cui alla DGRT 18/2020 "Tassonomia del sistema regionale di ascolto e informazione ai cittadini"	Relazione da presentare alla Direzione Aziendale alla U.O. Qualità ed Accreditamento su andamento applicazione	SI/NO	25	25
U.O RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Definizione spazi WEB di pubblicazione per comunicare i lavori di completamento dell'Ospedale	Incontro con C.E., Creazione Spazi WEB dedicati al DAT e rilascio delle credenziali ai responsabili	SI/NO	25	25
U.O RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Revisione modulistica per esercizio accesso documentale sistematizzata per tipologia	Presenza nuova modulistica su sito web	SI/NO	20	20
U.O RELAZIONI CON IL PUBBLICO	PTPC 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
TOTALE U.O RELAZIONI CON IL PUBBLICO				100	100

COORDINAMENTO FUNZIONALE DELLA CLINICAL GOVERNANCE, ORGANIZZAZIONE, IGIENE E TUTELA AMBIENTALE, DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED INTERFACCIA UTENZA

STRUTTURA	OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. DIREZIONE MEDICA	SUPPORTO ai DAI per il 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 area degenza e ambulatori dialisi -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196)	a) report di monitoraggio ai reparti a cadenza quadrimestrale b) rendicontazione a CdG e strutture osservate dopo prima osservazione; c) report di monitoraggio ai reparti su tasso di colonizzazione: numeratore: numero pazienti colonizzati /infetti da microorganismi sentinella, denominatore pazienti ammessi non colonizzati/infetti	SI/NO	20	20
U.O. DIREZIONE MEDICA	SUPPORTO ai DAI per la PREVENZIONE e CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate): - corretto isolamento del paziente; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - riscontro di casi secondari;	invio verifica semestrale ai DAI e strutture afferenti	SI/NO	15	15
U.O. DIREZIONE MEDICA	Supporto DAI/UE per l'esame degli indicatori di processo e d'esito PNE e ARS: in collaborazione con il CdG, supporto ai clinici per il monitoraggio e l'analisi degli indicatori e per l'individuazione delle azioni per il miglioramento	- esame scheda indicatore ed elaborazione dati; - incontro con i clinici ed analisi; - eventuale incontri con ARS; -eventuale elaborazione con i clinici di istruzioni operative sulla codifica corretta delle diagnosi/procedura	relazione su risultati raggiunti	20	20
U.O. DIREZIONE MEDICA	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	8	8
U.O. DIREZIONE MEDICA	Avvio di percorso sinergico tra strutture sanitarie-Direzione Medica di Presidio- U.O. Legale- U.O. Medicina Legale, finalizzato all'interscambio di informazioni per l'ottimizzazione dell'attività difensiva nelle cause per responsabilità sanitaria e per input organizzativi a seguito di casi giudiziari a mezzo di: formazione/informazione del personale sanitario in merito agli aspetti giudiziari della responsabilità sanitaria; segnalazione di casi giudiziari significativi, supporto consultivo giuridico/ medico legale/organizzativo sanitario per questioni di interesse; acquisizione di informazioni-proposte per revisione implementazione rapporti/procedure tra strutture sanitarie	incontri con il personale sanitario per formazione, informazione, supporto e ascolto, da definire nel numero e nella modalità con DMP, con coinvolgimento della stessa da effettuarsi entro il 31/12/2021;	calendarizzazione concordata degli incontri e rispetto del programma	8	8
U.O. DIREZIONE MEDICA	CUP 2.0: lavorazione caratteristiche delle agende propedeutica ai collaudi in collaborazione la cabina di regia ambulatoriale	esiti positivi collaudi agende da ESTAR	go live CUP 2.0	12	12
U.O. DIREZIONE MEDICA	Partecipazione alla redazione del piano di riorganizzazione ospedaliera in ottemperanza all'art 2 D.L. 34/2020	Relazione sanitaria circa i manufatti in progetto	SI/NO	13	13
U.O. DIREZIONE MEDICA	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	4	4
TOTALE U.O. DIREZIONE MEDICA				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Revisione fabbisogno tecnologico Nuovo Santa Chiara	Documento Piano Fabbisogni entro il 30/04	SI/NO	15	15
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Coordinamento per installazione nuovo acceleratore lineare	Attività propedeutiche (varianti, GdL con DAT, SPP ed TS Estar)	100%	20	20
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Modifica della P.A. 27 "Gestione strumentario chirurgico: rilevazione del fabbisogno, acquisizione, consegna, manutenzione correttiva e smaltimento"	Redazione della procedura modificata	Proposta revisione entro il 31/12/2021	10	10
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Modifica della P.A. 78 "Gestione amministrativo contabile dell'acquisto delle apparecchiature biomediche e dello strumentario chirurgico"	Redazione della procedura modificata	Proposta revisione entro il 31/12/2021	10	10
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Gara regionale strumentario Chirurgico	Partecipazione lavori commissione per completamento capitolato tecnico (container)	SI/NO	15	15
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Gestione manutenzione strumentario chirurgico	Da controllo a campione a controllo puntuale (singolo strumento) sull'intero processo: dalla richiesta del reparto alla verifica di qualità della riparazione	SI/NO	20	20
S.D. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	10	10
TOTALE S.D. PROGRAMMAZIONE ED APPROVVIGIONAMENTO TECNOLOGIE SANITARIE				100	100
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	SUPPORTO ai DAI per l'obiettivo sui DISPOSITIVI : costi non superiori a quelli sostenuti nel 2019	1) invio ai DAI di report di monitoraggio costi sostenuti al 30.06.21 e al 30.09.21 in collaborazione con il CdG; 2) invio report di monitoraggio prima di ogni comitato DAI	trasmissione reportistica prodotta	15	15
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	SUPPORTO ai DAI per l'obiettivo sui dispositivi ad alta tecnologia (DAT) : rispetto volumi attività programmata nel 2021 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	invio report mensili alle strutture, DAI e CdG	trasmissione reportistica prodotta	15	15
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	SUPPORTO alla progettualità specifiche dei Dipartimenti: A) SUPPORTO al Dip. 4 per l'obiettivo sui dispositivi per procedure ad alto rischio (DPA) B) SUPPORTO alle UU.OO. Dip.5 per il monitoraggio delle reti impiantabili Bio-A ad alto costo C) Monitoraggio dei pazienti in trattamento con crioblazione (UO Cardiologia II Aritmologia) D) Monitoraggio economico delle urgenze trattate dalla S.O. della U.O. Chirurgia Vascolare	A) report trimestrali B) n. pz trattati C) n. richieste D) n. di schede paziente pervenute dalla U.O. Chirurgia Vascolare	A) trasmissione reportistica prodotta B) 100% pz trattati: verifica della programmazione autorizzata C) 100% richieste pervenute D) Valorizzazione del 100% delle schede pervenute	10	10

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	SUPPORTO al CTC per la valutazione preliminare di studi condotti con dispositivi medici	n. studi pervenuti	100% delle valutazioni proposte	10	10
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	Supporto agli sperimentatori AOUP per la compilazione del modello B7 "check list istruttoria dispositivo medico" (Decreto Dirigenziale Settore Consulenza Giuridica, Ricerca e Supporto Organismi di Governo Clinico Regione Toscana n. 414 del 10/02/2016) e successivo approfondimento sia per la parte tecnico/clinica che per la parte economica dei dispositivi oggetto di trial clinico	n. di moduli compilati	Realizzazione del 100% delle analisi proposte dagli sperimentatori. Elaborazione di un report di fine anno	10	10
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	Monitoraggio della Dispositivo vigilanza	n. di segnalazioni aziendali, recall, avvisi di sicurezza pervenuti	Analisi qualitativa delle informazioni pervenute	10	10
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	Supporto ai clinici AOUP per il corretto percorso di valutazione dell'inserimento nella pratica clinica di nuovi dispositivi medici e successiva trasmissione al Gruppo Regionale Dispositivi Medici (GR-DM)	n. di richieste di valutazione inviate al GR-DM	Realizzazione del 100% delle richieste pervenute dai clinici	10	10
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	Riallocazione delle eccedenze di DM o di DM obsoleti dei magazzini di reparto presso altre UU.OO.	n. di trasferimenti pervenuti e valorizzazione	Registrazione del 100% dei trasferimenti pervenuti	10	10
S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI	Inserimento del codice RDM nei dispositivi che prevedono l'iscrizione al Repertorio dei Dispositivi Medici Ministeriale per l'implementazione del flusso DES e correzione degli errori (DGRT 201/13: all. A 1.2)	percentuale di dispositivi con codice RDM sul totale dei record che prevedono la rilevazione di dispositivi iscritti al Repertorio dei Dispositivi Medici (da segnalare nella relazione del Direttore della U.O. da trasmettere	Il numero di record con codice RDM corretto, quando è dovuto, deve rappresentare, a livello regionale e in ogni singola Azienda Sanitaria, almeno il 95% del totale dei	10	10
TOTALE S.D. FARMACUETICA GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI				100	100
U.O. FARMACIA OSPEDALIERA	SUPPORTO ai DAI per l'obiettivo sulla APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA	-invio ai DAI di report di monitoraggio costi sostenuti al 30.6.21 e al 30.09.21 in collaborazione con il CdG; -invio report di monitoraggio prima di ogni comitato DAI	SI/NO	25	25
U.O. FARMACIA OSPEDALIERA	SUPPORTO ai DAI per l'obiettivo sui FARMACI OFF LABEL	invio ai DAI/UO e CdG report di monitoraggio sull'utilizzo modulistica, invio degli esiti	SI/NO	15	15
U.O. FARMACIA OSPEDALIERA	Mantenimento qualitativo della farmacovigilanza	N° Segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci	Almeno 100 ogni 100.000 giornate di degenza	15	15
U.O. FARMACIA OSPEDALIERA	Verifica ispettiva di reparto con valutazione delle scorte	N° ispezioni	Almeno 20 verifiche ispettive	15	15
U.O. FARMACIA OSPEDALIERA	Produzione e diffusione periodica di report relativi al consumo degli antibatterici ai fini di azioni di Antimicrobial Stewardship	Elaborazione di report; Presenza ai Comitati DAI per i monitoraggi	1 Report ogni quattro mesi ai Direttori Dipartimento, al Direttore UO Igiene ed Epidemiologia, al Direttore UO Malattie Infettive, S.D. Microbiologia, DMP, U.O. Controllo di Gestione. Presenza 100%	15	15
U.O. FARMACIA OSPEDALIERA	Monitoraggio per favorire l'introduzione progressiva Biosimilare vs Originator nei Dipartimenti interessati per un utilizzo al 100% NAIVE (in pazienti nuovi) e per il completamento switch su pazienti già in trattamento, escluse reazioni avverse	Elaborazione di report di monitoraggio ad hoc per le strutture interessate Presenza ai Comitati DAI per i monitoraggi	SI/NO Presenza 100%	15	15
TOTALE UO FARMACEUTICA: GESTIONE FARMACI				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
SD Officina Trasfusionale dell'Area Vasta NO	Revisione periodica della documentazione del Manuale della Qualità	Pubblicazione di almeno 10 I.O. revisionate	SI/NO	25	25
SD Officina Trasfusionale dell'Area Vasta NO	Sistema di inattivazione patogeni su plasma convalescente CoV-2	Trattamento di tutte le unità di plasma convalescente raccolte	SI/NO	25	25
SD Officina Trasfusionale dell'Area Vasta NO	Riunioni periodiche con i Direttori SIMT di AVNO	Condurre almeno 5 incontri anche in modalità remota	SI/NO	25	25
SD Officina Trasfusionale dell'Area Vasta NO	Utilizzo del Test anti-Covid IgG quali/quantitativo nello screening donatori per analisi di sieroprevalenza e monitoraggio immunità	Eseguire i test su tutte le richieste pervenute in OT	SI/NO	25	25
TOTALE SD Officina Trasfusionale dell'Area Vasta NO				100	100
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Mantenimento/miglioramento del grado di raggiungimento dei requisiti previsti dal modello di accreditamento istituzionale della Regione Toscana	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 31/03/2022 riportante le evidenze specifiche.	100%	15	15
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Effettuazione Audit interni nelle strutture organizzative in accreditamento, certificazione e in altri sistemi di valutazione, propedeutici e preparatori a quelli ufficiali.	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 31/03/2022 riportante le evidenze specifiche.	100%	15	15
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Mantenimento delle competenze della rete dei Facilitatori della Qualità attraverso eventi formativi ed informativi dedicati.	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 31/03/2022 riportante le evidenze specifiche.	100%	10	10
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adesione alle iniziative promosse da Onda nell'ambito del programma bollini rosa	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 31/03/2022 attestante la percentuale di iniziative realizzate su quelle proposte da Onda realizzabili in AOUP	100%	10	10
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Gestione dell'emergenza pandemica: -supporto all'elaborazione della documentazione aziendale necessaria - tempestiva emissione e pubblicazione dei documenti elaborati	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 31/03/2022 attestante la tipologia ed il numero dei documenti attinenti l'emergenza pandemica rispetto alle esigenze scaturite a livello di Direzione Aziendale.	100%	25	25
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Supporto e facilitazione alle strutture organizzative per il raggiungimento degli obiettivi di qualità inseriti nelle schede di budget dei DAI, attraverso incontri dedicati e elaborazione/aggiornamento di specifica "modulistica orientativa".	Relazione del direttore della UO alla U.O. Controllo di gestione entro il 31/03/2022 riportante le evidenze del percorso facilitativo alle strutture organizzative.	100%	15	15
U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
TOTALE U.O. ACCREDITAMENTO E QUALITA'				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	10	10
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Processo di contrattualizzazione per la gestione del c/deposito Fisso e Temporaneo	Flow chart operativo e audit	SI/NO	10	10
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Processo di informatizzazione per l'acquisizione bolle DM per contratti in gestione AOUP	Bolle inserite attraverso un processo automatizzato	SI/NO	10	10
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Sviluppo di un sistema di implementazione informatica sulla Piattaforma SITAT dei dati presenti sui ns applicativi ai fini dell'assolvimento degli obblighi di legge previsti da ANAC	Inserimento automatico dei dati nei moduli SITAT SA	SI/NO	15	15
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Riconciliazione al 31/12/2021 delle rate/fatture pendenti relative ai SERVICE LABORATORIO/ATTREZZATURE SANITARIE	Consistente riduzione economica del sospeso per rate/fatture, service laboratorio ed attrezzature sanitarie, al 31/12/2021	SI/NO	5	5
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Riorganizzazione attività per Service ATTREZZATURE SANITARIE	Flow chart operativo condiviso con SD PATS	SI/NO	10	10
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Procedura aziendale Comodato d'uso	Redazione PA entro 31/12/2021	SI/NO	10	10
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Revisione procedura di acquisizione attrezzature, strumentario chirurgico ed ICT del valore inferiore ad € 40.000,00 - processi e supporti	Flow chart operativo e audit	SI/NO	15	15
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	Implementazione procedura per acquisti PROGETTI di RICERCA RT/MINISTERIALI	Flow chart operativo	SI/NO	10	10
NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	5	5
TOTALE NUCLEO AMMINISTRATIVO SUPPORTO FARMACEUTICA				100	100

PROFESSIONI INFERMIERISTICHE e TECNICHE E SANITARIE

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	formazione dei neo coordinatori all'uso del sistema informatico per la gestione di turni, sulla validazione dei giustificativi sul portale di dipendenti e autorizzazione progetti e supporto alla libera professione.	Nr. Coordinatori Infermieristici/ Nr. Coordinatori Infermieristici formati	85% al 31/12/2021	50	50
U.O. PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	Garantire la corretta gestione e collocazione del personale con limitazione / prescrizione rispetto alla normativa vigente in materia	Nr certificati di limitazione /prescrizione ricevuti/ Nr.certificati di limitazione /prescrizione gestiti	100% al 31/12/2021	50	50
TOTALE U.O. PROFESSIONI INFERMIERISTICHE				100	100
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario; attivare almeno 1 processo di miglioramento sulle criticità rilevate	1) NRO PROPOSTE/ TOTALE DEGENTI ordinari (ADT) (dimessi) 2) NRO ADESIONI/ TOTALE DEGENTI ordinari che hanno proposto (ADT) (dimessi) (fonte ESTAR : N.proposte da loggato modulo PLEADE e N. adesioni da n. riferimenti paziente su modulo PLEIADE) 3) n. processi per reparto	1) >=60% delle strutture abilitate e formate 2) >=50% delle strutture abilitate e formate (fonte DMP) 3) relazione su n. reparti che hanno attivato almeno 1 processo di miglioramento (fonte DIP.Inferm)	15	15
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	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) 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 (fonte UO Farmaceutica politiche del Farmaco e UO CdG) b) indicatore per aree DEGENZA: compliance igiene mani secondo osservazione metodo OMS (Self-assessment framework 2010) METODO: osservazione almeno due volte all'anno in ogni UO assistenziale (fonte Team AID e/o UO Igiene ed Epidemiologia)	VALUTAZIONE STRUTTURE 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	15	15
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	Gel idroalcolico collocazione in conformità alle disposizioni aziendali, in: - TUTTE LE STANZE di degenza; - NELLE AREE COMUNI DEGENZA /AMBULATORIALI; - negli AMBULATORI dove possibile meglio con supporto a parete; cartellonistica esplicative	Dichiarazione Coordinatore Infermieristico di avvenuta collocazione entro il 31.3.21; Verifica a campione da parte del team rischio clinico	100%	15	15
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI Applicazione PA 196: -corretto isolamento del paziente; - effettuazione dei tamponi; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - sviluppo di casi secondari;	Verifica quadrimestrale su trimestre (Fonte DMP)	evidenza dell'applicazione	15	15
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	UTILIZZO CONFORME Centri di Costo Comuni: attribuzione dispositivi medici ad utilizzo comune	Dispositivi medici comuni e specifici attribuiti al costo comune: 2021 vs 2020 (fonte UO Farmaceutica gestione dispositivi medici)	Attribuzione del costo dei dispositivi medici specialistici ai centri di costo specifici delle UO in luogo dei costi comuni che devono ridursi (9903 - C.C. UROLOGIA 1/2; 9918 - MONOBLOCCO CHIRURGICO; 81015 - C.C.-PERIT- ENDOCRINOCH-CHIR PED; 9936 -	15	15
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	modulo pleiade di visualizzazione dei posti letto liberi/occupati: dalla messa a regime, aggiornamento del modulo per i reparti attivi (DEA)	n. medio di aggiornamenti giornalieri	>= 2 volte al giorno o secondo standard definiti nell'attivazione delle procedura	10	10
COMPARTO: INFERMIERI E OSS	partecipazione ai corsi di formazione sulla STU e successivo utilizzo per somministrazione	1) rispetto cronoprogramma 2) N.STU compilate/totale ricoveri ordinari (fonte reportistica PLEIADE)	1) partecipazione ai corsi al 90% 2) per le strutture già formate entro 30 settembre: 90% utilizzo	15	15
TOTALE COMPARTO: INFERMIERI E OSS				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
S.D. PROFESSIONI OSTETRICHE	Formazione del personale ostetrico e infermieristico riguardo il modello di sviluppo relazione madre e bambino	N° 20 ostetriche formate/ N°30 ostetriche deputate all'assistenza in sala parto/rooming-in N°5 infermieri formati/ N° 7 infermieri deputati all'assistenza in rooming-in	100%	33,33	33,33
S.D. PROFESSIONI OSTETRICHE	Implementazione del servizio ambulatoriali di accoglienza ostetrica	N° di donne che accedono al servizio/ N° totale dei parti	60%	33,33	33,33
S.D. PROFESSIONI OSTETRICHE	Assistenza al neonato in sala parto nelle due ore post- partum	N° neonati assistiti nel blocco parto/ N°totale dei neonati	60%	33,34	33,34
TOTALE S.D. PROFESSIONI OSTETRICHE				100	100
SETTORE FORMAZIONE PERMANENTE E COMPLEMENTARE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	Realizzazione di corsi di formazione su tematiche professionali specialistiche	Realizzazione di percorsi formativi aziendali che coinvolgano il personale infermieristico/ostetrico e di supporto	Almeno 8 progetti realizzati quali: La gestione e manipolazione degli antiblastici confrontarsi col dipartimento inf.co approfondimenti assistenziali intensivi al paziente covid-19	25	25
SETTORE FORMAZIONE PERMANENTE E COMPLEMENTARE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	Monitoraggio semestrale dei volontari afferenti ai progetti del servizio civile	Effettuazione di colloqui e somministrazione di questionari di gradimento al personale afferente ai progetti del servizio civile	Monitoraggio del personale afferente al servizio civile che termina a Febbraio 2021 100% dei presenti	25	15
SETTORE FORMAZIONE PERMANENTE E COMPLEMENTARE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	Promozione dei dossier formativi collettivi in ambito infermieristico e di supporto	Costituzione di dossier formativi di gruppo che coinvolgano il personale inf.co e di supporto	Apertura di almeno 2 Dossier Formativi collettivi	25	25
SETTORE FORMAZIONE PERMANENTE E COMPLEMENTARE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	Verifica della prevalenza delle lesioni da pressione in AOUP	Promozione di indagini di prevalenza sulle LdP	Realizzazione di una indagine di prevalenza in AOUP e diffusione dei dati	25	25
TOTALE SETTORE FORMAZIONE PERMANENTE E COMPLEMENTARE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO				100	90
SETTORE FORMAZIONE DI BASE PERSONALE INFERMIERISTICO	Realizzazione di corsi di formazione su tematiche professionali specialistiche trasversali	Realizzazione di un percorso formativo aziendale per la formazione di tutor OSS	100% al 31/12/2021	50	50
SETTORE FORMAZIONE DI BASE PERSONALE INFERMIERISTICO	Consolidamento e attuazione del progetto sperimentale Regionale finalizzato all'acquisizione della qualifica di OSS all'interno degli Istituti Professionali ad indirizzo socio-sanitario (Istituto E. Santoni di Pisa)	Accoglienza, formazione e inserimento degli studenti dell'Istituto Santoni di Pisa all'interno delle UU.OO. deputate all'espletamento del tirocinio	100% al 31/12/2021	50	50
TOTALE SETTORE FORMAZIONE DI BASE PERSONALE INFERMIERISTICO				100	100
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	Ottimizzazione dell'efficienza e qualità del lavoro: realizzazione di progetti LEAN per miglioramento della performance nelle 3 aree diagnostica per immagini, laboratoristica e riabilitativa	Realizzazione di almeno tre progetti uno per area:diagnostica per immagini, laboratoristica e riabilitativa	SI/NO	20	20
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	Monitoraggio della attività riabilitativa svolta in PA 40 presso le strutture richiedenti: volumi, % e tempi di soddisfazione delle richieste	Sviluppo di un prototipo entro il 30/06 e messo a regime il 31/12	SI/NO	15	15
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	DISPOSITIVO VIGILANZA : incremento dell'attività di segnalazione (incidenti + reclami) su dispositivi medici.	N.segnalazioni 2021 Dipartimenti vs N.segnalazioni 2020 Dipartimenti (fonte UO Farmaceutica Dispositivi medici)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO N.segnalazioni 2021 > N.segnalazioni 2020 VALUTAZIONE STRUTTURE N.partecipanti: il coordinatore e 1 medico per struttura	10	10
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	Promuovere incontri cadenzati con i Referenti in modo da condividere la linea strategica aziendale e la cooperazione proattiva di tutti i team di lavoro del personale Tecnico Sanitario e della Riabilitazione	Numero di incontri annuo con cadenza almeno bimestrale	SI/NO	10	10

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	ACCREDITAMENTO Area Laboratoristica: collaborazione al mantenimento della documentazione necessaria al rispetto dei requisiti previsti dalla norma ISO9001:2015 in previsione della visita di sorveglianza per l'anno 2021	Partecipazione audit con esito positivo	SI/NO	15	15
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	Anatomie Patologiche: implementazione completa WINSAP 3.0	Adesione alle sedute di formazione del personale del comparto	Valutazione 100% entro 30/09	15	15
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE	Area Diagnostica per Immagini corretta compilazione e invio della Check list TC Cranio in Teleconsulenza	% delle schede Check list TC Cranio in Teleconsulenza correttamente compilata e inviata	≥ 90%	15	15
TOTALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - RIABILITAZIONE				100	100

DIPARTIMENTO ECONOMICO FINANZIARIO

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	22,22	22,22
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	Revisione Procedure Aziendali a seguito dell'introduzione e/o aggiornamento dei sistemi e modalità di pagamento di attività ambulatoriale, previa adeguamento da parte di Estar degli applicativi coinvolti.	Relazione entro il 31/12/2021	SI/NO	NV	NV
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	Aggiornamento IA 39 "Richieste e Rilascio Attestati - Straniero Temporaneamente presente - Europeo non iscritto (Codice STP-ENI) a seguito dell' utilizzo di un nuovo SW dedicato al rilascio degli STP	Relazione entro il 31/12/2021	SI/NO	11,11	11,11
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	Realizzazione programma completo di formazione	svolgimento corso formazione	SI/NO	11,11	11,11
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	CUP 2.0: lavorazione caratteristiche delle agende propedeutica ai collaudi in collaborazione la cabina di regia ambulatoriale	esiti positivi collaudi agende da ESTAR	go live CUP 2.0	22,22	22,22
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	Corretto utilizzo del nuovo SW CUP 2.0	% di errori in fase di prenotazione: - definizione soglia errore massimo; - monitoraggio soglia di errore	SI/NO	22,22	22,22
U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	11,12	11,12
TOTALE U.O. GESTIONE AMMINISTRATIVA PRESTAZIONI e ATTIVITA' OSPEDALIERE				100	100
U.O. GAPAO RAD	Percorso di presa in carico (prestazioni ambulatoriali di secondo accesso)	numero segnalazioni di mancata presa in carico (ticket pleiade da CUP dipartimentali) (Fonte cabina di regia ambulatoriale)	tendente a 0 (a partire da 1/07/2021)	20	20
U.O. GAPAO RAD	presa in carico con ticket: rispetto dei tempi indicati nella prescrizione	tempo intercorrente tra segnalazione mancata presa in carico (ticket) e prenotazione appuntamento per utente (Fonte cabina di regia ambulatoriale)	80% rispetto tempi nella prescrizione	20	20
U.O. GAPAO RAD	Self accettazione: implementazione secondo cronoprogramma	rispetto cronoprogramma elaborato dalla cabina di regia ambulatoriale	90%	20	20
U.O. GAPAO RAD	FED corretta registrazione farmaci FED : raccordo UO Farmacia Ospedaliera e CdG	costo farmaci scaricati su UDP ambulatoriali/DH vs importi caricati a flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) (fonte CdG)	costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale/DH tendenzialmente pari al flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) salvo diversità giustificata	20	20
U.O. GAPAO RAD	Corretto utilizzo del nuovo SW Cup 2.0	% di errori in fase di prenotazione: monitoraggio soglia di errore	monitoraggio e riduzione	20	20
TOTALE U.O. GAPAO RAD				100	100
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	15	15
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	identificare e monitorare i costi e gli investimenti sostenuti e quelli previsti per l'implementazione specifica del lavoro agile	Rilevare e monitorare Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile; Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile; Investimenti in digitalizzazione di servizi, processi	SI/NO	15	15
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	Misurare l'impatto del lavoro agile sulla performance organizzativa sotto il profilo dell'economicità, dell' efficienza e dell'efficacia	Analsi riduzione contribuzione aziendale su servizio mensa, riduzione straordinario, riduzione materiali consumo, utenze ecc.	presentazione analisi	15	15
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	Attivazione dei pagamenti tramite il sistema PagoPa	Attivazione modalità di pagamento	SI/NO	15	15
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	Procedura Adozione Del Bilancio d'esercizio	Presentazione procedura alla Direzione Amministrativa entro il 31.12.2021	SI/NO	15	15
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	Revisione anagrafiche dei Centri di costo relative ai Costi Comuni Dipartimentali e Interdipartimentali	Definizione Anagrafica aggiornata in condivisione con UO Controllo di Gestione	SI/NO	15	15
U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
TOTALE U.O. GESTIONI ECONOMICHE E FINANZIARIE				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	PNGLA linea ricovero : rispetto tempi di attesa. Invio report mensile alle strutture assistenziali interessate e a ISAP sull'andamento dell'obiettivo rispetto ai dati tracciati su ADT	invio mensile	SI/NO	20	20
U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	Supporto DAI/JO per l'esame degli indicatori di processo e d'esito PNE e ARS in collaborazione con DMP, supporto ai clinici per il monitoraggio e l'analisi degli indicatori e per l'individuazione delle azioni di miglioramento	- esame scheda indicatore ed elaborazione dati; - incontro con i clinici ed analisi; - eventuali incontri con ARS; - eventuale elaborazione con i clinici di istruzioni operative sulla codifica corretta delle diagnosi/procedura	relazione su risultati raggiunti	20	20
U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	Strutturazione di una reportistica ad hoc su BI indirizzata ai RAD per consentire loro una visione e analisi dell'andamento degli obiettivi di budget fondati sui flussi	a) strutturazione reportistica b) incontri con RAD e RID per illustrazione dei report; c) incontri specifici su richiesta	SI/NO	20	20
U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	progetto "Smart A.O.U.P. - progettiamo insieme un nuovo modo di lavorare": Sviluppo di un sistema di indicatori monitoraggio del lavoro agile	prototipo del sistema di monitoraggio entro 31.12 da svilupparsi negli incontri di cui al progetto indicato	SI/NO	13,33	13,33
U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	Adozione diffusa del lavoro agile nelle UU.OO. dell'Azienda- analisi andamento in collaborazione con Uo Politiche e gestione delle risorse umane	% lavoratori agili effettivi sul totale dei lavoratori coinvolti in attività effettuabili in modalità agile; % giornate lavoro agile su gg lavorative complessive andamento delle assenze	redazione relazione sullo stato di implementazione del lavoro agile	13,33	13,33
U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2020-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	13,34	13,34
TOTALE U.O. CONTROLLO DI GESTIONE				100	100

COORDINAMENTO FUNZIONALE DELL'ATTIVITA' DI RISCHIO CLINICO					
STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.	Sostenere l'applicazione delle Pratiche per la sicurezza del paziente e delle Raccomandazioni Ministeriali a un livello pari o superiore a quello richiesto per il mantenimento dell'accreditamento regionale e per il contenimento dell'infezione da Covid-19	Effettuazione di Giri per la Sicurezza del Paziente (safety walk around) nelle UU.OO al fine di verificare l'implementazione delle Pratiche per la sicurezza, delle Raccomandazioni ministeriali pertinenti e delle procedure aziendali	Svolgere nell'anno attività di Giri per la Sicurezza in almeno il 70% delle UU.OO assistenziali	20	20
U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.	Collaborare all'adattamento della STU al sistema di documentazione sanitaria elettronica aziendale (Pleiade) e partecipare alle attività di formazione on the job finalizzate alla sua implementazione	Partecipazione alle riunioni tecniche di validazione della STU ed effettuazione delle sessioni di formazione nei reparti.	Rispetto del calendario di attività concordato	10	10
U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.	Supportare l'attività di gestione del rischio clinico a livello delle strutture assistenziali	Supporto tecnico alle strutture e restituzione periodica delle attività di Rischio Clinico ai Dipartimenti e alla Direzione Aziendale	Fornire una risposta adeguata al 90% delle segnalazioni entro il 31/12/2021; produzione e diffusione di report periodici	20	20
U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.	Sorveglianza ambientale, supervisione delle attività di gestione ambientale e dei processi di disinfezione dei dispositivi medici, supporto alla riorganizzazione delle attività sanitarie durante la pandemia e le opere di nuova edificazione	Controlli programmati sulle funzioni di ristorazione collettiva, produzione di acqua sanitaria, igiene ambientale, disinfezione dei dispositivi medici, standard degli ambienti a contaminazione controllata; partecipazione a gruppi di lavoro e alla redazione di documenti tecnici; supervisione delle attività di gestione ambientale.	Rispetto del calendario compatibilmente con la disponibilità di materiale di consumo; presenza alle riunioni dei gruppi di lavoro e produzione di documenti	20	20
U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.	Progettare ed erogare attività finalizzate al controllo del rischio infettivo; reporting e contact tracing intraospedaliero dei casi di infezione da Covid-19. Analisi e restituzione periodica delle notifiche di microrganismi sentinella responsabili di infezioni correlate all'assistenza. Partecipazione alla pianificazione e alla effettuazione della vaccinazione verso Sars-Cov2	Elaborazione dei dati, produzione dei rapporti e loro diffusione ai Responsabili di Dipartimento e alle Direzioni Medica e Sanitaria; interventi nelle Unità Operative per contact tracing e per verificare l'applicazione delle misure di controllo. Partecipazione alla campagna vaccinale.	Elaborazione, restituzione e diffusione periodica dei rapporti delle notifiche; rendicontazione degli interventi effettuati nei reparti; partecipazione puntuale alle attività vaccinali programmate.	20	20
U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.	Supervisione dei piani di Emergenza Intraospedaliera PEIMAF ed Evacuazione/Antincendio e partecipazione alle attività di gestione della pandemia Covid-19 a livello aziendale	Redazione e implementazione di piani e procedure aziendali pertinenti agli obiettivi.	Effettuazione puntuale delle attività assegnate.	10	10
TOTALE U.O. IGIENE ED EPIDEMIOLOGIA UNIV.				100	100
U.O. MEDICINA LEGALE UNIV.	partecipazione alla totalità delle CTP aziendali o in modalità telematica o in presenza con l'obiettivo di migliorare la performance nella gestione del contenzioso	n° di cpt partecipate dalla Medicina legale / n° cpt richieste	90%	25	25
U.O. MEDICINA LEGALE UNIV.	Incrementare la valutazione medico-legale delle richieste di risarcimento danno sul totale delle richieste con l'obiettivo di ridurre il contenzioso giudiziale aziendale	n° richieste valutate in tempo utile / n° delle richieste pervenute (con documentazione completa)	90%	25	25
U.O. MEDICINA LEGALE UNIV.	rispondere alla totalità di richieste di consulenza medico -legale su criticità (consenso o dissenso dei pazienti, situazioni di incapacità dei pazienti, compilazione della cartella clinica, etc) da parte del personale sanitario AOUP anche attraverso la istituzione di percorsi standardizzati e di flowchart operative o modulo pleiade consulenze.	stesura procedura aziendale in merito	SI/NO	25	25
U.O. MEDICINA LEGALE UNIV.	Avvio di percorso sinergico tra strutture sanitarie-Direzione Medica di Presidio- U.O. Legale- U.O. Medicina Legale, finalizzato all'interscambio di informazioni per l'ottimizzazione dell'attività difensiva nelle cause per responsabilità sanitaria e per input organizzativi a seguito di casi giudiziari a mezzo di: formazione/informazione del personale sanitario in merito agli aspetti giudiziari della responsabilità sanitaria; segnalazione di casi giudiziari significativi, supporto consultivo giuridico/ medico legale/organizzativo sanitario per questioni di interesse; acquisizione di informazioni-proposte per revisione implementazione rapporti/procedure tra strutture sanitarie/Direzione Medica di Presidio-U.O. Legale-U.O. Medicina Legale	Presentazione del programma, articolazione e calendarizzazione degli incontri con il personale sanitario per formazione, informazione supporto, ascolto e confronto con definizione del contenuto, del numero e delle modalità, entro il 30.06.2021.	SI/NO	25	25
TOTALE U.O. MEDICINA LEGALE UNIV.				100	100

DIPARTIMENTO AREA AMMINISTRATIVA

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - area comune	Formazione manageriale in tema di lavoro agile per Dirigenti e Posizioni Organizzative del Dipartimento	Relazione sugli eventi svolti entro il 31/12/2021	SI/NO	5	5
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - area comune	Digitalizzazione processi: analisi funzionale processo obiettivo	sviluppo work flow su nuova piattaforma (da implementare)	SI/NO	10	10
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - area comune	Revisione massimario di scarto ai fini del futuro processo di gestione degli archivi	Elaborazione documento entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - area comune	Adozione Procedura sul Servizio Elettorale	Adozione procedura	SI/NO	5	5
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - area comune	Revisione Regolamento Libera Professione	Presentazione documento definitivo entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
Totale U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - area comune				40	40
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici	Mappatura dei processi dell'U.O. che possono essere svolti in smart working (quali, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	13,33	13,33
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici	Elaborazione regolamento aziendale del lavoro agile	adozione entro 31.12	SI/NO	13,33	13,33
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici	Adempimenti previsti nel POLA	1.analisi implementazione lavoro agile; 2. sondaggio sulla soddisfazione 3. progetto Smart AOUP: sviluppo di un sistema di indicatori di monitoraggio	SI/NO	6,67	6,67
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici	Regolamento sull'orario di lavoro della Dirigenza dell'Area della Sanità	Adozione entro il 31/07/2021	SI/NO	6,67	6,67
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici	Regolamento per il conferimento degli incarichi gestionali e professionali dell'Area della Sanità	Elaborazione bozza definitiva entro il 31/12/2021	SI/NO	13,33	13,33
U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici	PTPCT 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	6,67	6,67
Totale U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE - obiettivi specifici				60	60
TOTALE U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE				100	100
U.O. LIBERA PROFESSIONE - area comune	Formazione manageriale in tema di lavoro agile per Dirigenti e Posizioni Organizzative del Dipartimento	Relazione sugli eventi svolti entro il 31/12/2021	SI/NO	5	5
U.O. LIBERA PROFESSIONE - area comune	Digitalizzazione processi: analisi funzionale processo obiettivo	sviluppo work flow su nuova piattaforma (da implementare)	SI/NO	10	10
U.O. LIBERA PROFESSIONE - area comune	Revisione massimario di scarto ai fini del futuro processo di gestione degli archivi	Elaborazione documento entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
U.O. LIBERA PROFESSIONE - area comune	Adozione Procedura sul Servizio Elettorale	Adozione procedura	SI/NO	5	5
U.O. LIBERA PROFESSIONE - area comune	Revisione Regolamento Libera Professione	Adozione revisione entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
Totale U.O. LIBERA PROFESSIONE - area comune				40	40

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. LIBERA PROFESSIONE - Obiettivi specifici	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali si, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	10	10
U.O. LIBERA PROFESSIONE - Obiettivi specifici	Implementazione nuova fattura prestazioni ambulatoriali con indicazione compenso professionista, messa in uso con conseguente controllo correttezza dati inseriti	stampe fattura entro 30.06.21	SI/NO	10	10
U.O. LIBERA PROFESSIONE - Obiettivi specifici	Revisione procedure 119 e 168	revisione entro 31.12.21	SI/NO	10	10
U.O. LIBERA PROFESSIONE - Obiettivi specifici	Realizzazione di archivio informatico di UO corrente degli atti individuali sottoscritti e relativi aggiornamenti	realizzazione entro il 30.09.21	SI/NO	20	20
U.O. LIBERA PROFESSIONE - Obiettivi specifici	PTPC 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	10
Totale U.O. LIBERA PROFESSIONE - Obiettivi specifici				60	60
TOTALE U.O. LIBERA PROFESSIONE				100	100
U.O. AFFARI GENERALI - area comune	Formazione manageriale in tema di lavoro agile per Dirigenti e Posizioni Organizzative del Dipartimento	Relazione sugli eventi svolti entro il 31/12/2021	SI/NO	5	5
U.O. AFFARI GENERALI - area comune	Digitalizzazione processi: analisi funzionale processo obiettivo	sviluppo work flow su nuova piattaforma (da implementare)	SI/NO	10	10
U.O. AFFARI GENERALI - area comune	Revisione massimario di scarto ai fini del futuro processo di gestione degli archivi	Elaborazione documento entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
U.O. AFFARI GENERALI - area comune	Adozione Procedura sul Servizio Elettorale	Adozione procedura	SI/NO	5	5
U.O. AFFARI GENERALI - area comune	Revisione Regolamento Libera Professione	Adozione revisione entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
Totale U.O. AFFARI GENERALI - area comune				40	40
U.O. AFFARI GENERALI - Obiettivi specifici	Mappatura dei processi che possono essere svolti in smart working (quali, condizioni di fattibilità, indicatori di controllo)	redazione documento da inviare alla Direzione alle UO Politiche e gestione risorse umane e CdG entro il 30.11.21	SI/NO	10	10
U.O. AFFARI GENERALI - Obiettivi specifici	Adozione procedura per l'attivazione e il perfezionamento di accordi e convenzioni di collaborazione.	Adozione procedura entro 31.12.21	SI/NO	20	20
U.O. AFFARI GENERALI - Obiettivi specifici	Istruttoria e valutazione modello di gestione a tendere degli archivi aziendali	relazione esiti istruttoria e valutazione entro 31.07.21	SI/NO	20	20
U.O. AFFARI GENERALI - Obiettivi specifici	PTPC 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	10	8
Totale U.O. AFFARI GENERALI - Obiettivi specifici				60	58
TOTALE U.O. AFFARI GENERALI				100	98

DIPARTIMENTO AREA TECNICA

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. NUOVE REALIZZAZIONI & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP. - area comune	Coordinamento e continuità del Gruppo Interferenze NSC	Pubblicazione informativa per Utenti e Dipendenti	Stato delle pubblicazioni al 31/12/2021	10	10
U.O. NUOVE REALIZZAZIONI & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP. - area comune	Sistema informativo AT 2.0: Elaborazione del programma e formazione	Predisposizione del cronoprogramma	Relazione al 31/12/2021	10	10
U.O. NUOVE REALIZZAZIONI & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP. - area comune	Attuazione indicazioni del gruppo interferenze; massima vigilanza	Procedure di presa in carico delle attività richieste	Verifica attuazione al 31/12/2021	10	10
Totale - area comune U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP. - area comune				30	30
U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.-Obiettivi specifici	Firma contratto NSC e consegna NSC	a) Firma del contratto	SI/NO	15	15
U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.-Obiettivi specifici		b) Consegna NSC	SI/NO	25	25
U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.-Obiettivi specifici	Attivazione protocollo sicurezza cantieri	Sviluppo della procedura operativa	Relazione sulla attività svolta	15	15
U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.-Obiettivi specifici	Emissione Primo SAL Contratto principale	Primo SAL Contratto principale	SI/NO	10	10
U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.-Obiettivi specifici	PTPC 2021-2023 Attuazione ulteriori misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	5	5
Totale - Obiettivi specifici U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.				70	70
TOTALE U.O. REALIZZAZIONE DEL NUOVO SANTA CHIARA & PROGETTI E CONTABILITÀ LL.PP.				100	100
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Area comune	Coordinamento e continuità del Gruppo Interferenze NSC	Pubblicazione informativa per Utenti e Dipendenti	Stato delle pubblicazioni al 31/12/2021	10	10
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Area comune	Sistema informativo AT 2.0: Elaborazione del programma e formazione	Predisposizione del cronoprogramma	Relazione al 31/12/2021	10	10
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Area comune	Attuazione indicazioni del gruppo interferenze; massima vigilanza	Procedure di presa in carico delle attività richieste	Verifica attuazione al 31/12/2021	10	10
Totale - Area comune U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI				30	30

STRUTTURA	OBBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	Pubblicazione bando dialisi	Indizione Gara	SI/NO	20	20
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	Attuazione S.G.S.A	Relazione al 31/12	SI/NO	20	20
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	Realizzazione impianto EVAC edificio 30 dello Stabilimento Ospedaliero di Cisanello	Redazione Progetto Esecutivo entro il 31/12	SI/NO	10	10
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	Pubblicazione bando - ristrutturazione edificio 7-7bis nello Stabilimento Ospedaliero di Cisanello	Predisposizione Gara	SI/NO	5	5
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	Presentazione SCIA antincendio per l'edificio 31 dello S.O. di Cisanello e per l'edificio 21 dello S.O. di S.Chiera	Relazione al 31/12	SI/NO	5	5
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	Presentazione istanza per l'ottenimento del parere VVF per gli edifici 6, 13 e 15 dello S.O. di S.Chiera	Relazione al 31/12	SI/NO	5	5
U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI E ANTINCENDIO - Obiettivi specifici	PTPC 2021-2023 Attuazione ulteriori misure anticorruzione	Indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	5	5
Totale - Obiettivi specifici U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI - Obiettivi specifici				70	70
TOTALE U.O. RIQUALIFICAZIONE E ADEGUAMENTO EDIFICI ESISTENTI				100	100
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Area comune	Coordinamento e continuità del Gruppo Interferenze NSC	Pubblicazione informativa per Utenza e Dipendenti	Stato delle pubblicazioni	10	10
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Area comune	Sistema informativo AT 2.0: Elaborazione del programma e formazione	Predisposizione del cronoprogramma	Relazione al 31/12/2021	10	10
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Area comune	Attuazione indicazioni del gruppo interferenze; massima vigilanza	Procedure di presa in carico delle attività richieste	Verifica attuazione	10	10
Totale - Area comune - U.O. FACILITY MANAGEMENT				30	30
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Obiettivi specifici	ANTAS (Integrare Obiettivi Consip-Contratto)	Installazione cogeneratore presso CT1 entro il 31/12/2021	SI/NO	10	10
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Obiettivi specifici	Aggiornamento procedure aziendali della U.O. Facility Management	Revisione RA 17 e nuova IO	SI/NO	10	10
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Obiettivi specifici	Incremento del numero dei controlli mensili sulla manutenzione correttiva	Predisposizione delle check list di controllo	SI/NO	10	10
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Obiettivi specifici	Aggiornamento anagrafica tecnica sul gestionale di manutenzione	Invio file di aggiornamento con nota alla Direzione Aziendale	SI/NO	15	15
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Obiettivi specifici	Organizzazione Squadra Antincendio, step 2: costituzione Squadra Antincendio	Invio protocollo alla Direzione Aziendale	SI/NO	20	20
U.O. FACILITY MANAGEMENT - Obiettivi specifici	PTPC 2021-2023 Attuazione misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	5	5
Totale - Obiettivi specifici - U.O. FACILITY MANAGEMENT				70	70
TOTALE U.O. FACILITY MANAGEMENT				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI- Area comune	Coordinamento e continuità del Gruppo Interferenze NSC	Pubblicazione informativa per Utenza e Dipendenti	Stato delle pubblicazioni al 31/12/2021	10	10
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI- Area comune	Sistema informativo AT 2.0: Elaborazione del programma e formazione	Predisposizione del cronoprogramma	Relazione al 31/12/2021	10	10
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI- Area comune	Attuazione indicazioni del gruppo interferenze; massima vigilanza	Procedure di presa in carico delle attività richieste	Verifica attuazione al 31/12/2021	10	10
Totale - Area comune - U.O. PATRIMONIO E LAVORI PUBBLICI				30	30
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI - Obiettivi specifici	Attivazione e gestione del tavolo tecnico real estate per la vendita del S.Chiara	Relazione sullo stato dell'arte alla Direzione e al CdG	SI/NO	20	20
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI - Obiettivi specifici	Attivazione parcheggio C ad alta rotazione	Relazione sullo stato dell'arte alla Direzione e al CdG	SI/NO	15	15
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI - Obiettivi specifici	Supporto al RUP nella sottoscrizione del contratto NSC	a) Supporto al RUP nella sott.del contratto NSC	SI/NO	15	15
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI - Obiettivi specifici		b) Nomina NCT Consuntivo	SI/NO	15	15
U.O. PATRIMONIO, GARE E SERVIZI - Obiettivi specifici	PTPC 2021-2023 Attuazione ulteriori misure anticorruzione	indicatori correlati alle misure come definiti nel PTPC 2021-2023 (Fonte UO Internal Audit)	SI/NO	5	5
Totale - Obiettivi specifici - U.O. PATRIMONIO E LAVORI PUBBLICI				70	70
TOTALE U.O. PATRIMONIO E LAVORI PUBBLICI				100	100

DIREZIONE SANITARIA

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
SOD SUPPORTO STATISTICO AGLI STUDI CLINICI	Partecipazione ad eventi formativi di statistica medica (nell'anno 2021)	Partecipazione, in qualità di docente, relatore, moderatore o anche discente, a eventi formativi (congressi, corsi, webinar) di analisi dei dati clinici	Partecipazione ad almeno un evento formativo	30	30
SOD SUPPORTO STATISTICO AGLI STUDI CLINICI	Realizzazione di un registro delle richieste di supporto statistico che pervengono alla SOD (nell'anno 2021)	Registro informatizzato delle richieste di supporto statistico, presso la SOD SUPPORTO STATISTICO AGLI STUDI CLINICI, in cui siano indicati la Struttura, il Dirigente Medico/Sanitario (richiedente) e l'Argomento dello studio	100%	30	30
SOD SUPPORTO STATISTICO AGLI STUDI CLINICI	Valorizzazione di giovani ricercatori mediante pubblicazioni di articoli su riviste scientifiche internazionali in campo medico (nell'anno 2021)	Articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate in cui un giovane ricercatore (con età minore di 40 anni) risulti, tra gli Autori, primo o secondo nome	Almeno un articolo pubblicato	40	40
Totale SOD SUPPORTO STATISTICO AGLI STUDI CLINICI				100	100
COMPONENTI SANITARI STRUTTURA DI ALTA SORVEGLIANZA DELLA STAZIONE APPALTANTE	Aggiornamento Relazione Sanitaria sul progetto definitivo "Nuovo santa chiara in Cisanello " 2016 in relazione al quadro esigenziale attuale e alle opportunità del progetto	Redazione Relazione Sanitaria	Fatta e trasmessa al RUP	60	60
COMPONENTI SANITARI STRUTTURA DI ALTA SORVEGLIANZA DELLA STAZIONE APPALTANTE	Collaborazione alla progettazione preliminare Aree non progettate - 1 piano ed. 34 Blocco Operatorio e Terapia Intensiva	Bozza progettazione preliminare condivisa con il RUP	Presenza progetto preliminare	20	20
COMPONENTI SANITARI STRUTTURA DI ALTA SORVEGLIANZA DELLA STAZIONE APPALTANTE	Aggiornamento condiviso del Piano dei Trasferimenti esistente Art. 5.6 del DISCIPLINARE TECNICO DELL' OPERATION & MAINTENANCE	Piano dei Trasferimenti	Piano Aggiornato	20	20
TOTALE COMPONENTI SANITARI STRUTTURA DI ALTA SORVEGLIANZA DELLA STAZIONE APPALTANTE				100	100
CABINA DI REGIA AMBULATORIALE	CUP 2.0: lavorazione caratteristiche delle agende propedeutica ai collaudi in collaborazione la cabina di regia ambulatoriale	esiti positivi collaudi agende da ESTAR	go live CUP 2.0	50	50
CABINA DI REGIA AMBULATORIALE	PERCORSO DI TUTELA CON PRESA IN CARICO degli utenti a garanzia dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali di secondo accesso	sviluppo modulo Pleiade dedicato	start Ottobre 2021	50	50
CABINA DI REGIA AMBULATORIALE				100	100

COORDINAMENTO FUNZIONALE DELLA PREVENZIONE DEI RISCHI AZIENDALI

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
S.D. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO UNIV.	Indagine sull'andamento dell'infezione da SARS-Cov-2 tra il personale dell'Università di Pisa, in epoca pre- e post-vaccinale. Saranno monitorati: a) il numero di casi positivi; b) il numero di contatti stretti; c) la durata media di assenza dal "lavoro in presenza" sia per i casi che per i contatti. In aggiunta, saranno analizzati anche gli andamenti del titolo anticorpale post vaccinazione. Sono infatti previsti dosaggi seriatî per coloro che aderiranno al progetto delle Regione Toscana ("Progetto pilota - Monitoraggio dell'efficacia della vaccinazione anticovid negli operatori sanitari toscani", approvato con Delibera Regionale N° 128 del 02/03/2021) da effettuarsi prima dell'inizio della vaccinazione, ad un mese e a 12 mesi dal completamento della stessa. L'indagine sull'andamento di risposta anticorpale alla vaccinazione anti-COVID19 nel personale universitario non addetto ad attività assistenziale servirà anche da gruppo di controllo per l'analoga campagna che coinvolge il personale sanitario di AOUP.	Relazione alla U.O. Controllo di Gestione attestante il risultato dell'indagine nel suo andamento fino a 2021	SI/NO	33,33	33,33
S.D. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO UNIV.	Programmazione ed esecuzione di una campagna di sensibilizzazione del personale universitario esposto a rischi specifici verso la copertura vaccinale antitetanica (es. dip. Veterinaria) e anti- HBV (es. dip. Biologia).	Relazione alla U.O. Controllo di Gestione attestante i risultati del progetto vaccinale aggiornati alla fine del 2021	SI/NO	33,33	33,33
S.D. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO UNIV.	Elaborazione di nuove procedure per la programmazione, calendarizzazione delle attività di sorveglianza sanitaria (sia per le visite mediche che per gli accertamenti integrativi) ex D.lgs 81/08. La nuova procedura che sarà preliminarmente sperimentata su due dipartimenti universitari sarà improntata alla implementazione di sistemi informatici.	Relazione alla U.O. Controllo di Gestione attestante i risultati dell'implementazione della nuova procedura	SI/NO	33,33	33,33
TOTALE S.D. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO UNIV.				100	100
U.O. FISICA SANITARIA SSN	Completamento relazioni per MP da inviare all'Inail	n. relazioni completate	100% delle richieste	15	15
U.O. FISICA SANITARIA SSN	Preparazione, programmazione e coordinamento riunione annuale sicurezza	Effettuazione riunione	Almeno una riunione annuale	10	10
U.O. FISICA SANITARIA SSN	Sviluppo di un sistema di "record and verify" ottico per il tracciamento dei movimenti oculari durante la somministrazione di trattamenti radioterapici stereotassici nei tumori oculari: progettazione, realizzazione e implementazione su un campione di pazienti	realizzazione ed implementazione su 5 pazienti	SI/NO	20	20
U.O. FISICA SANITARIA SSN	Caratterizzazione voxel-based del rumore nell'imaging TC con due diversi algoritmi iterativi di ricostruzione delle immagini	Acquisizione dati, elaborazione dati ed analisi dei risultati	SI/NO	20	20
U.O. FISICA SANITARIA SSN	Implementazione del sistema di registrazione della dose nel referto radiologico	n referti con dose/totale referti	100%	35	35
Totale - U.O. FISICA SANITARIA SSN				100	100

STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO	PESO RAGGIUNTO
U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO	Esecuzione corsi salute e sicurezza per i lavoratori	esecuzione corsi	80% programmato	15	15
U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO	Completamento relazioni per MP da inviare all'Inail	n. relazioni completate	100% delle richieste	15	15
U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO	Preparazione, programmazione e coordinamento riunione annuale sicurezza	Effettuazione riunione	Almeno una riunione annuale	10	10
U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO	Vaccinazione anti Covid 19 operatori sanitari	Numero vaccinati/ totale operatore sanitari disponibili	90% vaccinati	20	20
U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO	Sorveglianza sanitaria Post Covid operatori non ospedalizzati	Numero visite /numero richieste	80% soggetti che hanno aderito	20	20
U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO	Ripresa sorveglianza sanitaria radioesposti	Numero giudizi idoneità /totale radioesposti	80% radioesposti che si sono presentati	20	20
TOTALE U.O. MEDICINA PREVENTIVA DEL LAVORO				100	100
U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI	Esecuzione corsi salute e sicurezza per i lavoratori	esecuzione corsi	80% programmato	15	15
U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI	Completamento relazioni per MP da inviare all'Inail	n. relazioni completate	100% delle richieste	15	15
U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI	Preparazione, programmazione e coordinamento riunione annuale sicurezza	Effettuazione riunione	Almeno una riunione annuale	10	10
U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI	Predisposizione Duvri su richiesta dei Res e dei Rup	N. Duvri predisposti	90% dei Duvri entro 30 gg dalla richiesta se completi della documentazione necessaria	20	20
U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI	Formulazione di parere su "visioni e prova" e donazioni	numero pareri espressi	90% dei pareri entro 30 gg dalla richiesta se completi della documentazione necessaria	20	20
U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI	Formulazione di parere per convenzioni (inserimento in convenzione strumentazione acquistata da UNIFI; convenzioni predisposte da UO Affari Generali)	numero pareri espressi	90% dei pareri entro 30 gg dalla richiesta se completi della documentazione necessaria	20	20
Totale - U.O. PREVENZIONE E PROTEZIONE RISCHI				100	100