

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	DISPOSITIVI ad alta tecnologia: rispetto volumi attività programmata nel 2019 con eventuale revisione in corso d'anno in relazione agli indirizzi regionali/aziendali	volumi utilizzo DAT 2019 vs volumi DAT programmato 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volume utilizzo DAT 2019 effettivo ≤ volume utilizzo DAT programmato 2019
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	DISPOSITIVI non ad alta tecnologia : mantenimento costo 2018 al netto della quota di dispositivi inclusa nella programmazione DAT 2019	costo 2018 vs costo 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2019 ≤ costo 2018
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	BIOSIMILARI Introduzione progressiva Biosimilare vs Originator 1) Utilizzo 100% NAIVE (in pazienti nuovi) e completamento switch su pazienti già in trattamento, escluse reazioni avverse 2) In caso di introduzione di nuove molecole, gli standard sono da definire in sede di concertazione con i clinici sulla base della letteratura e dei riferimenti regionali disponibili. (% NAIVE pazienti nuovi; tempistica e avvio switch su pazienti già in trattamento) escluso ADR	1a) up medicinale biosimilare/up Totale dispensato biosimilare +originator; 1b) nro richieste di fornitura originator per nuovi pazienti; 2) acquisizione standard definiti e verifica rispetto	VALUTAZIONE STRUTTURE 1a) = 100% escluso ADR 1b) = 0 2) SI/NO definizione standard e verifica del loro rispetto
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	PNS: AZZERAMENTO PNS (Terapie Preparate e Non Somministrate) Monitoraggio preparazioni farmaceutiche finalizzate al contenimento della spesa per farmaci oncologici ad alto costo: Tutte le terapie ad alto costo gestite come programmate e/o in attesa conferma	numero Terapie PNS	VALUTAZIONE STRUTTURE Tendente a 0
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	CONSOLIDAMENTO DEI RICAVI	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 DIPARTIMENTO costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale/DH tendenzialmente pari al flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) salvo diversità giustificata
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACEUTICA: RIDUZIONE della spesa mediante azioni mirate su gruppi ATC attenzionati nel DAI, secondo le indicazioni aziendali	tot costi ATC 2019 vs 2018	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO e STRUTTURE a forte impatto sul DAI riduzione/mantenimento costi ATC individuati 2019 vs 2018 secondo le indicazioni aziendali

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ALTRE AZIONI: Ulteriori azioni quali-quantitative sul settore farmaceutica in applicazione delle direttive regionali OCULISTICHE: Azione su Gruppo S01: riduzione del consumo di lucentis e eylea a favore di preparazioni di beacizumab intravitreale L.648/96. Le UP totali di Eylea e Lucentis non devono essere superiori a 1000 UP	tot UP 2019	VALUTAZIONE STRUTTURE UP 2019 <=1000
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACEUTICA: Monitoraggio finalizzato al contenimento del consumo di farmaci specifici (Bridion e Suprane)	consumo up 2019 vs consumo up 2018	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: mantenimento consumo medio mensile 2019 rispetto allo standard mensile realizzato nell'ultimo quadrimestre 2018
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	DIAGNOSTICI: Monitoraggio consumo diagnostici per rispetto dei tetti fissati per i dipartimenti a maggior consumo	costo diagnostici 2019 vs tetto	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO costo diagnostici 2019<=tetto diagnostici
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Definizione di un processo di presentazione e validazione di protocolli diagnostici innovativi congiunti tra le strutture diagnostiche e cliniche finalizzate all'introduzione di nuove metodologie diagnostiche	presentazione e validazione	SI/NO
QUALITA' DELLE CURE	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Fluorochinoloni e Carbapenemi a libera prescrizione Anno 2019: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2018	riduzione % in grammi 2019 vs 2018:	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: >= 5% obiettivo 100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% si valutano le singole strutture VALUTAZIONE STRUTTURE: >=5% obiettivo=100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% = 0

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE	FARMACI OFF LABEL: a) Prescrizioni di off label di farmaci oncologici in setting ricorrenti (definizione SETTING RICORRENTE: prescrizioni identiche e per identico impiego clinico di farmaci o combinazioni di farmaci al di fuori delle indicazioni registrate, per più pazienti) b) Farmaci innovativi o sottoposti a monitoraggio AIFA e/o accordi MEA	a) N. terapie off label b) N. terapie off label di farmaci innovativi o farmaci con accordi MEA per principio attivo/ N. tot. Terapie per principio attivo	VALUTAZIONE STRUTTURE a) 0% (al netto delle terapie già in corso e autorizzate) b) tendente a 0
QUALITA' DELLE CURE	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE	FARMACI OFF LABEL: Farmaci innovativi o sottoposti a monitoraggio AIFA e/o accordi MEA	N. terapie off label di farmaci innovativi o farmaci con accordi MEA per principio attivo/ N. tot. Terapie per principio attivo	VALUTAZIONE STRUTTURE Tendente a 0
QUALITA' DELLE CURE	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	confronto ADR attese verso ADR pervenute	VALUTAZIONE STRUTTURE ADR pervenute >= ADR attese - 100% obiettivo ADR pervenute > 80% < 100% ADR attese - 50% obiettivo altrimenti 0% obiettivo
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	PRESCRIZIONE, in attività istituzionale, di farmaci aggiudicatari di gara per uso territoriale (secondo lista farmaci fornita dalla Regione Toscana e diffusa in Azienda alle singole strutture dalla UO Farmaceutica politiche del farmaco) mediante uso di SIRE 3 (ricetta dematerializzata o ricetta rossa elettronica per farmaci in DPC) o piano terapeutico	N. segnalazioni di prescrizioni per DIP/Strutture non conformi trasmesse dalla UO Farmaceutica politiche del farmaco provenienti dal Dipartimento Farmaceutico ATNO su numero prescrizioni totali per principio attivo	VALUTAZIONE STRUTTURE Segnalazioni tendenti a zero, escluse prescrizioni per farmaci non sostituibili motivate
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	PRESCRIZIONE, in attività istituzionale, di IPP aggiudicatari di gara secondo Nota AIFA 1 e 48 mediante uso di SIRE 3.	N. segnalazioni di prescrizioni per DIP/Strutture non conformi trasmesse dalla UO Farmaceutica politiche del farmaco provenienti dal Dipartimento Farmaceutico ATNO	VALUTAZIONE STRUTTURE Segnalazioni pari 0
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	riduzione ALBUMINA del 10% vs 2018	gr ALBUMINA 2019 vs ALBUMINA 2018	gr ALBUMINA 2019 < 10% ALBUMINA 2018
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	TEICOPLANINA prescritta in UO specifiche Anno 2019: Riduzione favore di Vancomicina	gr Teicoplanina e gr Vancomicina	riduzione Teicoplanina a favore di Vancomicina

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
SOSTENIBILITA' ECONOMICA	GOVERNO DEI COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Azioni per favorire un'appropriata prescrizione delle richieste di PCT (procalcitonina) conforme alle linee guida (SIBIOC/SIPMEL) mediante: 1) Partecipazione ai Gruppi di lavoro tra Dirigenti laboratorio e medici reparti per migliorare la sensibilizzazione all'applicazione delle linee guida nell'ambito della programmazione del gruppo INFECTION CONTROL della DMP 2) Monitoraggio dei volumi di PCT	1) Numero Gruppi di lavoro attivati; 2) reportistica semestrale dei volumi richiesti in relazione allo standard previste da linee guida	1) relazione attestante la partecipazione 2) relazione alla direzione sugli scostamenti evidenziati dalla Reportistica prodotta
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	FRATTURA FEMORE: Tempestività nell'effettuazione dell'intervento per la frattura di femore derivante (NSG H13C: % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario)	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni/Numero interventi per frattura del collo del femore (indicatore mes C.5.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE: >60% sui +65 (standard RT); >80% tutti
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	Intervento K colon, % interventi in laparoscopia	N. ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon di tumore maligno del colon eseguiti in laparoscopia/N. ricoveri con intervento isolato di asportazione - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	mantenimento/miglioramento (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	riduzione % episiotomie depurate	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati /Numero di parti vaginali depurati (indicatore Mes C7.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento o rispetto ad esiti 2018)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	riduzione % parti cesarei depurati	Numero parti cesarei depurati/numero parti depurati (indicatore Mes C7.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2018
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	riduzione % parti cesarei primari (NSG H18C che vuole misurare la frequenza di ricorso ai parti cesarei in donne che non hanno effettuato un pregresso cesareo)	N. parti cesarei primari/N. parti con nessun pregresso cesareo nei 10 anni precedenti	<20% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	riduzione % parti operativi (forcipe e ventosa)	Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe / Numero parti vaginali (indicatore Mes C7.6)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento o rispetto ad esiti 2018

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	% di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione	N.pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro 30 gg dalla dimissione IMA /N.pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione (indicatore Mes C21.2.1)	>97% (benchmark Mes network): 100% obiettivo; >84%: 98% obiettivo; >72%: 95% obiettivo; >59%: 80% obiettivo; (AOUNP anno 2017: 31,79%)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO) (NSG PDTA01)	in attesa definizione criteri di misurazione in AOU da parte della RT	>35,49% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO) (NSG PDTA02)	in attesa definizione criteri di misurazione in AOU da parte della RT	>48,12% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco) - ace inibitori o sartani (NSG PDTA03)	in attesa definizione criteri di misurazione in AOU da parte della RT	>57,82% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco) - betabloccanti (NSG PDTA03)	in attesa definizione criteri di misurazione in AOU da parte della RT	>36,15% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco) (NSG PDTA04)	in attesa definizione criteri di misurazione in AOU da parte della RT	>31,93% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete) (NSG PDTA05)	in attesa definizione criteri di misurazione in AOU da parte della RT	>24,74% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	Ictus Ischemico, rischio morte 30g (Prose) quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti/Eventi indice di ictus ischemico ricoverati in ospedale	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT) (dato storico disponibile ARS AOUNP 2017: 10,69% RT: 8,45%)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	Ictus Ischemico, rischio riammissione a 30g (Prose) quale misura della qualità della cura sia intra che extraospedaliera	Riammissioni entro 30 giorni all'evento ovunque avvenuti/Eventi di Ictus ischemico ricoverati in ospedale	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	IMA, rischio morte 30g (Prose) quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA ricoverati in ospedale	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	IMA, rischio riammissione a 30g (Prose) quale misura della qualità del processo assistenziale sia intra che extraospedaliero	Riammissioni entro 30 giorni all'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA ricoverati in ospedale	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata (NSG H24C)	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Eventi di ricovero per BPCO - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	<10,55 (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC). (NSG H22C)	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti/Interventi di bypass isolato - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età per qualsiasi causa	<2,19 (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI ESITO)	Intervento K colon, rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di asportazione del tumore maligno del colon - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	mantenimento/miglioramento (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	RISCHIO CLINICO	Realizzazione di MMR e audit in ogni struttura organizzativa secondo gli standard definiti a livello regionale	n° MMR e audit per UU.OO./SOD	VALUTAZIONE STRUTTURE raggiungimento standard regionali
QUALITA' DELLE CURE	RISCHIO CLINICO	APPLICAZIONE PRATICHE CLINICHE Corretta compilazione della check list operatoria (area chirurgica)	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata, impiegate per monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	VALUTAZIONE STRUTTURE 95%

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	RISCHIO CLINICO	APPLICAZIONE PRATICHE CLINICHE Implementazione della pratica clinica dell'Handover (passaggio di consegne da un setting assistenziale all'altro)	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata , impiegate per monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	VALUTAZIONE STRUTTURE 75% di dato rilevato
QUALITA' DELLE CURE	RISCHIO CLINICO	APPLICAZIONE PRATICHE CLINICHE Prevenzione della polmonite associata alla ventilazione meccanica (VAP) (area intensiva)	valutazione a campione a cura del Rischio Clinico	VALUTAZIONE STRUTTURE >75% applicazione della pratica per la sicurezza
QUALITA' DELLE CURE	RISCHIO CLINICO	APPLICAZIONE PRATICHE CLINICHE Riconciliazione farmacologica in ingresso (area medica)	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata (le modalità di campionamento sono comunicate dalla U.O. Accreditamento e Qualità), impiegate per monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	VALUTAZIONE STRUTTURE 70% cartelle revisionate
QUALITA' DELLE CURE	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE 1) Partecipazione agli eventi formativi proposti dal team AID preposto al Controllo delle infezioni Ospedaliere 2) Elaborazione piano di controllo sulle infezioni di reparto a conclusione della formazione effettuata	1) Nro partecipanti / nro posti assegnati alle strutture 2) Piani elaborati/ reparti formati	1) >80% 2) 100%
QUALITA' DELLE CURE	QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENZA	% di abbandoni del Pronto Soccorso (N pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione . Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico, sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica)	N.abbandoni dal Pronto Soccorso/ N.Accessi in pronto soccorso (indicatore Mes D9)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO miglioramento rispetto al 2018

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENZA	% di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero (proxy della soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla degenza in reparto e al contempo una proxy della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione)	N.dimissioni volontarie/N. di ricoveri (esclusa IVG, Aborti, i decessi) (indicatore Mes D18 e CRISP-MES)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO ≤0,5% (AOUP 2017: 0,719, sotto la media delle regioni, 10° come performance su 22 aziende valutate)
QUALITA' DELLE CURE	QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENZA	PREMs: Adesione del reparto al progetto aziendale: presidiare la presentazione della proposta e l'adesione del paziente in ricovero ordinario	1) NRO PROPOSTE/ TOTALE DEGENTI ordinari (ADT) (dimessi) 2) NRO ADESIONI/ TOTALE DEGENTI ordinari (ADT) (dimessi) (N.proposte da loggato modulo PLEADE e N. adesioni da n. riferimenti paziente su modulo PLEIADE)	VALUTAZIONE STRUTTURE: 1) ≥60% delle strutture abilitate e formate 2) ≥50% delle strutture abilitate e formate
QUALITA' DELLE CURE	QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENZA	PROMs: Tasso di arruolamento all'indagine	% di pazienti arruolati rispetto agli eleggibili	0,8
QUALITA' DELLE CURE	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	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"	Numeratore: Numero di campioni prelevati per emocultura per pazienti di PS Denominatore: totale pazienti con diagnosi Sepsis, Sepsis severa, Shock settico	almeno 3 campioni procapite
QUALITA' DELLE CURE	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	Monitoraggio percorsi pronto soccorso (Diagnosi precoce di ictus ischemico, Valutazione del dolore toracico)	1) NUM: n° TC Cranio / angioTC circolo intracranico cranio richiesti entro 25 minuti DEN: n° TC Cranio / angioTC circolo intracranico richieste 2) NUMERATORE: n° ECG effettuati entro 10 minuti DENOMINATORE: n° ECG effettuati	1) >50% richiesti entro 25 minuti 2) >50% effettuati entro 10 minuti

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica (18 mesi successivi all'interv.chir) prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto) (NSG PDTA08)	N.i pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice, che effettuano esame endoscopico nei 18 mesi successivi alla data dell'interv.chir. eseguito durante il ricovero indice / N.pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice (incrocia 3 flussi: anagrafe , SDO, Specialistica)	>64,66% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi (60g), inizio della terapia medica (45g dall'int.chir), inizio della radioterapia (365 g dall'intervento), follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (18 mesi successivi) (PDTA Tumore operato della mammella nella donna) - media dei 4 interventi	aritmetica dei valori % degli indicatori di tempestività (sulla base di 4 flussi: Anagrafe assistiti , Distribuzione diretta dei farmaci, SDO, Specialistica)	>66,48% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (esame endoscopico nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico) (PDTA Tumori operati del colon e del retto) (NSG PDTA010)	N.pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice, che effettuano un esame endoscopico nei 18 mesi successivi alla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice/N.pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice *100 (incrocia 3 flussi: anagrafe , SDO, Specialistica)	>75,51% (standard RT)

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (60 gg precedenti intervento, non sottoposti a terapia neoadiuvante; 30 gg per Regione Toscana) (PDTA Tumori operati del colon e del retto) (NSG PDTA07)	N. pazienti appartenenti alla coorte incidente e non sottoposti a terapia neoadiuvante, con esame diagnostico nei 60 giorni precedenti la data dell'inter.chir effettuato durante il ricovero indice (incrocia 4 flussi: anagrafe, distribuzione diretta farmaci, SDO, Specialisica) / N. pazienti appartenenti alla coorte incidente non sottoposti a terapia neoadiuvante, con esame diagnostico nei 6 mesi precedenti il ricovero indice *100 (incrocia 4 flussi: anagrafe , SDO, distribuzione diretta farmaci, Specialisica)	>84% (standard RT)
QUALITA' DELLE CURE	ADERENZA PDTA	% pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (esame diagnostico nei 60 giorni precedenti il primo trattamento chemioterapico, radioterapico o chirurgico; 30 gg per Regione Toscana) (PDTA Tumori operati del colon e del retto) (NSG PDTA09)	NUM:N.casi appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione con un esame diagnostico(a) eseguito nei 60 giorni precedenti la data del primo trattamento medico (chemioterapico(b) o radioterapico(c)) o chirurgico eseguito nel periodo di inclusione; il primo trattamento medico è identificato come la prima prestazione eseguita nei 6 mesi precedenti la data dell'intervento chirurgico del ricovero indice(d), che rappresenta il primo trattamento chirurgico DEN: Pazienti appartenenti alla coorte incidente R nell'anno di inclusione sottoposti a esame diagnostico nei 6 mesi precedenti la data del primo trattamento. (incrocia 4 flussi: anagrafe , SDO, distribuzione diretta farmaci, Specialisica)	>72,88% (standard RT)

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	GOVERNO ONCOLOGIA	% di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella derivante dall'obiettivo regionale (NSG H02Z) Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	N. ricoveri in reparti sopra soglia/N. ricoveri erogati totali (indicatore Mes C10.1.3)	>90% (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	GOVERNO ONCOLOGIA	Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	volumi calcolati secondo i criteri del PNE 2019 vs 2018 e 2017	VALUTAZIONE STRUTTURE Congruità dei volumi rapportata all'andamento degli anni precedenti
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	GOVERNO ONCOLOGIA	qualità chirurgica del trattamento offerto alla donna: % di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	N inter. chir. conservativi o nipple e skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante/N. inter.chir alla mammella per carcinoma infiltrante (indicatore Mes C10.2.1)	75% (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	GOVERNO ONCOLOGIA	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contenzualmente al ricovero per tumore alla mammella	N. donne con inter.chir per tumore mammella sottoposte ad applicazione metodica linfonodo sentinella/N. donne con inter.chir per tumore maligno mammella (indicatore Mes C10.2.2)	57% (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	GOVERNO ONCOLOGIA	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore (colon, polmone, retto, mammella, prostata, utero)	N.gg tra data di prenotazione e data ricovero per inter.chir. tumore/N. ricoveri per inter.chir. per tumore (indicatori Mes c10.4.3 -C10.4.5- C10.4.4-C10.4.1 - C10.4.2 - C10.4.6)	<30 gg (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NEI LABORATORI	Ottimizzazione dei tempi di refertazione degli istologici pre-intervento operatorio per le patologie tumorali (mammella, prostata, polmone, retto, colon e utero)	tempi medi di refertazione	VALUTAZIONE STRUTTURE 80% refertazione esame istologico a partire da accettazione in anatomia pat.: - entro 9 giorni (da calendario) se tempo medio
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	% di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	N.turni con almeno un paziente OT (paz.ordinario che necessita solamente di cure ordinarie, abitualmente garantite da un qualsiasi reparto ospedaliero) alla fine della degenza X 100/N.turni (Indicatore Mes C22.4, progetto StART)	<30% (standard RT)

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	APPROPRIATEZZA DI ACCESSO: Monitoraggio degli accessi in TI PESATURA DELLA COMPLESSITA' secondo le classi di APPROPRIATEZZA INTERNE	Monitoraggio in continuità con i criteri del protocollo di accesso condiviso di dipartimento degli accessi in terapia intensiva finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Analisi sistematica della reportistica definita con UO CDG
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	Capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato DRG CHIRURGICI a rischio di inappropriatazza (ARI): Rispetto degli standard a favore del setting Day Surgery/Ambulatoriale	confronto setting assistenziali vs standard regionali	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO mantenimento/miglioramento o rispetto ad esiti 2018 VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di non rispetto degli standard
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	DRG MEDICI a rischio di inappropriatazza (ARI): Riduzione del volume	volumi DRG ARI medici prodotti nel 2019 vs 2018	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: riduzione volumi 2019 vs 2018 a livello dipartimentale VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di aumento dei volumi
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	Indice di Performance Degenza Media acuti - DRG chirurgici: Mantenimento/miglioramento del numero di giornate di degenza che mediamente sono registrate rispetto alla DM regionale, a parità di casistica dimessa	\sum giornate di degenza osservate - \sum giornate di degenza attese per DRG Chirurgici/ N Dimissioni per DRG Chirurgici (Indicatore Mes C2a.C)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	Indice di Performance Degenza Media acuti - DRG Medici: Mantenimento/miglioramento del numero di giornate di degenza che mediamente sono registrate rispetto alla DM regionale, a parità di casistica dimessa	\sum giornate di degenza osservate - \sum giornate di degenza attese per DRG medici/ N Dimissioni per DRG Medici (Indicatore Mes C2a.M)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
QUALITA' DELLE CURE	ESITI/GESTIONE DELLE CRITICITA' (INDICATORI DI SISTEMA)	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (NSG H05Z).	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post operatoria entro 3 giorni/N.ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età	>90% (standard RT)
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	riduzione % di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (obiettivo NSG H06Z Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente)	N.Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica/N. ricoveri in DH medico (indicatore Mes C14.2.1 e C14.2.2)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO <=4% (<=2 per il tasso standard RT)

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PERFORMANCE DI SISTEMA	APPROPRIATEZZA/ EFFICIENZA CLINICA DEI PROCESSI PER CIASCUNA LINEA PRODUTTIVA	Riduzione degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari programmati maggiori di 1 giorno	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico. Calcolo su Ricoveri Ordinari Programmati non urgenti maggiori di un giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico, si escludono i trapianti	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
PERFORMANCE DI SISTEMA	TRAPIANTI E DONAZIONI D'ORGANO E DI TESSUTO	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%
PERFORMANCE DI SISTEMA	TRAPIANTI E DONAZIONI D'ORGANO E DI TESSUTO	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%
PERFORMANCE DI SISTEMA	TRAPIANTI E DONAZIONI D'ORGANO E DI TESSUTO	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
PERFORMANCE DI SISTEMA	TRAPIANTI E DONAZIONI D'ORGANO E DI TESSUTO	Processo di procurement di tessuti: miglioramento del tasso di donazione da donatori a cuore fermo	N. di donatori di almeno un tessuto a cuore fermo/N. deceduti in ospedale o in PS di età compresa fra 5 e 78 anni - da revisionare	DA DEFINIRE
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	TEMPI DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	% prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B (10 gg) in rapporto al totale di prestazioni di classe B. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018) (NSG D10Z)	N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi classe B/N. prestazioni complessive classe B	>50% e deve tendere a un valore superiore al 90% (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	TEMPI DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	% prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D (visite 30g; visite cardiol, ginecol, oculist, neurolog, dermatol, ortopedica, otorinol: 15 g; accertamenti diagnostici 60 g) in rapporto al totale di prestazioni di classe D. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018) (NSG D11Z)	N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi classe D/N. prestazioni complessive classe D	>50% e deve tendere a un valore superiore al 90% (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	TEMPI DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	% prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità U (3 g) in rapporto al totale di prestazioni di classe U. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)	N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi classe U/N. prestazioni complessive classe U	95% (standard RT)
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	Tempestività nella segnalazione all'Acott dei pazienti in ricovero ordinario eligibili	N.segnalazioni effettuate entro 48 H dall'accettazione/N.segnalazioni effettuate	0,85

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	RICETTA DEMATERIALIZZATA	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 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volumi ricette in DEMA 2019: -SPECIALISTICA >=90% sull'erogato (fonte sistema TS); -FARMACEUTICA >= 80% sulle ricette rilevate come usate;
PROGETTI AZIENDALI	QUALITA' E ACCREDITAMENTO	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	Report (modulo T.5.1.COM.10) relativo all' applicazione di almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale sulla documentazione clinica campionata .	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo T. 5.1.COM.10 entro il 31/01
PROGETTI AZIENDALI	QUALITA' E ACCREDITAMENTO	Monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata.	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo CLQ Sint. entro il 31/01
PROGETTI AZIENDALI	QUALITA' E ACCREDITAMENTO	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	Presenza per ogni U.O./S.D. del riesame dei dati e degli esiti (modulo RdE) con piano di miglioramento annuale (modulo PdM).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio moduli RdE e PdM entro il 31/01
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	PLEIADE LDO: Redazione ed invio della Lettera di dimissione Ospedaliera (LDO) in forma elettronica (RFC 250) mediante PLEIADE	nro LDO digitale/Nro Dimessi ricoveri ordinari, DH chirurgici, riabilitazione e lungodegenza	VALUTAZIONE STRUTTURE = 95%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	Compilazione in formato elettronico della STU mediante modulo PLEIADE	nro STU compilate elettronicamente /Nro Dimessi/Transitati. Infermieristico	VALUTAZIONE STRUTTURE da completamento assegnazione risorse infrastrutturali = 80%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	Assegnazione del P.L. su modulo ad hoc CCE contestuale alla presa in carico del ricovero su Pleiade (modulo implementato con il Visual Hospital sulla CCE Pleiade - propedeutico all'applicazione della DGRT 476/2018)	[Data assegnazione letto su modulo CCE Pleiade] - [Data creazione Cartella Infermieristica su CCE Pleiade]< 30 minuti	60% entro 30 minuti Attivo sulle UU.OO. Indicate a partire dal 1 Maggio 2019

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	PLEIADE Order Entry su LIS: Utilizzo Pleiade per richiesta esami ematochimici tramite Order Entry LIS, per pazienti ricoverati interni.	N° esami richiesti su modulo order entry_LIS Pleiade/ RICHIESTE_TOTALI per pazienti ricoverati interni	VALUTAZIONE STRUTTURE: 95%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	PLEIADE Order Entry su RIS: Utilizzo Pleiade per richiesta esami di Radiodiagnostica tramite Order Entry RIS, per pazienti ricoverati interni.	N. richieste esami diagnostici order entry per ricoverati/N.richieste esami diagnostici per ricoverati	VALUTAZIONE STRUTTURE: 70% richieste per reparto tramite order entry
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	Assegnazione del P.L. su modulo ad hoc CCE contestuale alla presa in carico del ricovero su Pleiade (modulo implementato con il Visual Hospital sulla CCE Pleiade - propedeutico all'applicazione della DGRT 476/2018)	[Data assegnazione letto su modulo CCE Pleiade] - [Data creazione Cartella Infermieristica su CCE Pleiade] < 30 minuti	60% entro 30 minuti Attivo sulle UU.OO. Indicate a partire dal 1 Maggio 2019
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	RIS Progressiva riduzione fino quasi ad azzeramento entro l'anno 2019 del canale di prenotazione cartaceo degli esami richiesti per gli interni e passaggio all'utilizzo di Pleiade da parte dei reparti dell'Ospedale di Cisanello attraverso azioni di sensibilizzazione verso i reparti richiedenti	N° richieste elettroniche realizzate con Pleiade / N° richieste totali	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: 90% esami erogati (misurazione luglio-dicembre) 2019
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	CODICE NOSOLOGICO: Compilazione campo n.nosologico su registro ormaweb linea ricovero (ordinari e day surgery)	n.nosologico/n.interventi linea ricovero	VAUTAZIONE STRUTTURE 100%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	CODICI ROBOTICA: Inserimento codici intervento identificativi della procedura robotica (utilizzo delle codifiche 0039)	n. interventi con corretto inserimento cod. robotica/ n. interventi effettuati in robotica	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	DOCUMENTO OPERATORIO: Stampa Documento Operatorio VALIDO	Interventi stampati/ totale interventi registrati (anche ambulatoriali)	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	NOTA OPERATORIA: Implementazione a regime utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva	n. utilizzo nota operatoria/ n. interventi linea elettiva	VAUTAZIONE STRUTTURE 100%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	NOTA OPERATORIA: utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva al Centro Multidisciplinare Robotico	utilizzo nota operatoria	VAUTAZIONE STRUTTURE 100%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	NOTA OPERATORIA: utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva al Polo Multidisciplinare Ricovero Breve	utilizzo nota operatoria	VAUTAZIONE STRUTTURE 100%

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	REGISTRO OPERATORIO: Compilazione e chiusura interventi (validazione anestesiologicala) sul gestionale Ormaweb	Nro Interventi validati/ Nro Interventi assistiti	VALUTAZIONE STRUTTURE >80%
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	SISTEMI INFORMATIVI	utilizzo della LISTA di ATTESA in ormaweb	n. degli interventi elettivi PRELEVATI da lista di attesa/ totale interventi elettivi	VALUTAZIONE STRUTTURE 95%
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	PROGETTO DI MIGLIORAMENTO UTILIZZO SEDUTE OPERATORIE: Avvio di un progetto sperimentale per la costruzione di un modello di monitoraggio finalizzato alla valutazione della performance di utilizzo delle sessioni chirurgiche (Produttività - volumi - tempo assegnato)	1) Adesione alla proposta delle strutture dipartimentali coinvolte 2) Presentazione alla Direzione Aziendale di una ipotesi di modello organizzativo da sottoporre a monitoraggio corredato di indicatori specifici di area elaborati con il coinvolgimento delle strutture individuate.	VALUTAZIONE STRUTTURE COINVOLTE 1) Impegno formalizzato 2) Relazione con evidenze e proposte applicative entro il 30/09/2019
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	Revisione delle codifiche open lis-versione catalogo 2.09 e mantenimento della revisione in modo dinamico	verifica a fine Aprile 2019 e ottobre 2019 a cura di ogni singola struttura del DAI	VALUTAZIONE STRUTTURE acquisizione delle nuove codifiche nell'applicativo
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	Asset logistico distribuzione dei diagnostici: realizzazione di una piattaforma unica di distribuzione "Transitpoint" diagnostici supportata per la gestione ordini/magazzini da apposito programma informatico dipartimentale. Consegna ai laboratori afferenti all'edificio 200 di tutti i reagenti all'interno stabilimento di Cisanello.	Monitoraggio Dipartimentale dell'obiettivo con messa a regime nell'ultimo bimestre dell'anno 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTALE Relazione del Direttore Dipartimento
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	Dematerializzazione dei referti di anatomia patologica con firma digitale	referto digitale / totale dei referti (per pazienti interni)	VALUTAZIONE STRUTTURE 95% dal 30 ottobre
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	TRACCIABILITA' PEZZI ANATOMICI: Tracciabilità dei pezzi anatomici provenienti dalle sale operatorie. Si prevede la corretta identificazione della provenienza del campione e riduzione del rischio di smarrimento dello stesso.	1) Monitoraggio della linea operativa NRO CAMPIONI ACCETTATI/ NRO CAMPIONI PRENOTATI >=99% (Mediante funzione OPENSAP di WINSAP) 2) Verifica delle condizioni organizzative (risorse tecnico operative e informatiche) finalizzata all'estendibilità delle modalità operative a tutti gli utilizzatori di ormaweb.	VALUTAZIONE STRUTTURE Relazione quadrimestrale sul procedere del cronoprogramma e raggiungimento obiettivo entro 30 ottobre 2019

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	Anatomie patologiche: progettazione linee di indirizzo condivise tra le strutture per gli esami riguardanti identico organo anatomico/patologia con professionalità acquisite negli ultimi 3 anni, in modo da costituire un pool unico di professionisti	1) produzione linee guida condivise entro il 30/06/2019; 2) applicazione delle linee guida e loro monitoraggio validato (Coordinatore area funzionale delle Anatomie Patologiche e dal Direttore DAI)	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) e 2) SI/NO
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	TC e RM con mezzo di contrasto. Evitare spostamento di presidi medico chirurgici presso apparecchiature datenute da UU. OO. Od SS.DD. diverse dagli utilizzatori. Realizzazione di magazzini presso le strutture depositarie dell'apparecchiatura con scarico degli MdC utilizzati su centri di costo specifici e soppressione dei magazzini di MdC presso strutture ospitate.	N° TC e/o RM con MdC eseguite da operatori ospitati / N° procedure di scarico MdC su centri di costo ospiti	100% misurazione sugli ultimi due mesi (novembre-dicembre) anno 2019
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	TC e RM con mezzo di contrasto. Compilazione dei campi relativi al tipo e quantità di MdC utilizzato su applicativo RIS -PACS	N°esami TC e RM con MDC e campi relativi compilati adeguatamente / N°esami TC e RM con MDC totali	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: 80% esami campi compilati per esami (misurazione luglio-dicembre) 2019
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	CERTIFICAZIONE: Atti documentali presso ente certificatore da parte delle strutture del DAI	Presentazione domanda da parte delle strutture del DAI (dove non ancora effettuata), mantenimento o modifica degli atti tesi alla certificazione sulla base del nuovo asset logistico/operativo dipartimentale	VALUTAZIONE STRUTTURE SI/NO entro 31/12/19
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	TEMPI DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	progettazione del percorso open access per la visita antalgica nel paziente oncologico	- analisi della fattibilità con la DMP;	attivazione entro l'ultimo trimestre 2019, previa validazione

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	<p>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;</p>	cartelle non correttamente compilate e conseguente decurtazione economica	<p>RAGGIUNGIMENTO: assenza di decurtazione economica o decurtazione economica non ritenuta, da parte della Direzione dell'AOUP, imputabile a responsabilità della struttura; NON RAGGIUNGIMENTO: applicazione di decurtazioni economiche dovute a responsabilità della struttura; EFFETTO: riduzione fino ad un massimo del 30% della retribuzione di risultato del direttore di struttura cui è imputata la compilazione della cartella clinica e relativa SDO in proporzione all'entità della perdita economica applicata dal team di AV</p>
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	<p>PROMOZIONE DELLA VISIBILITA' INTERNA ED ESTERNA DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI CLINICI E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ATTIVI IN AZIENDA a) GRIGLIA MONITORAGGIO: Definizione set indicatori traccianti l'attività tipica da sottoporre a monitoraggio periodico INFRAANNUALE da definire con i responsabili b) VISIBILITA' interna: Revisione/Stesura PDTA Aziendali da pubblicare nel manuale della qualità c) Visibilità esterna mediante collegamento al sito web aziendale su format anagrafico prodotto da Ufficio stampa</p>	<p>A) Incontri periodici con i responsabili B) Revisione/Aggiornamento della procedura in cui sia possibile evincere indicatori di volume e di esito correlato C) Aggiornamento e pubblicazione delle schede anagrafiche e di contatto per l'accesso ai PDTA e Centri sul sito web aziendale</p>	Relazione con evidenze al 31/12/2019
PROGETTI AZIENDALI	PERCORSI ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO AI PROCESSI SANITARI	<p>IMPEGNO PER IL DIRETTORE DAI Diffusione e illustrazione scheda di budget e organizzazione di almeno 3 comitati DAI per il monitoraggio del budget; diffusione dati di monitoraggio ai Direttori/Responsabili delle strutture</p>	evidenza dell'avvenuta diffusione degli obiettivi e dei dati di monitoraggio tramite trasmissione in conoscenza al CdG e invio dei verbali sugli incontri di comitato DAI al CdG	rispetto dell'impegno (se non raggiungimento riduzione del 30% retribuzione di risultato)

TABELLA DEGLI OBIETTIVI

AREA PIANO PERFORMANCE	AMBITO PIANO PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
ADERENZA ALLE STRATEGIE REGIONALI e D'AREA VASTA	PROGETTI AZIENDALI	Rispetto degli impegni da programmazione di Area Vasta		