

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI : proroga dei vincoli definiti nel budget 2019.In relazione agli indirizzi regionali/aziendali saranno possibili revisioni in corso d'anno	costo 2021 vs budget 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2021 ≤ budget 2019
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	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	volumi utilizzo DAT 2021 vs volumi DAT programmato 2021	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volume utilizzo DAT 2021 effettivo ≤ volume utilizzo DAT programmato 2021
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	1 GOVERNO DEI COSTI DISPOSITIVI	DISPOSITIVI CORRELATI A PROCEDURE AD ALTO RISCHIO (DPAR): (Trapianti, ECMO, altro...) Monitoraggio 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	costi per DPAR 2021 vs volumi produrre correlate 2021 valore medio per specifica procedura isolata	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: definizione degli standard entro il 30/06/2021
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI : Monitoraggio consumo diagnostici sui dipartimenti a maggior consumo (DAI Specialità mediche, Anestesia, Emergenza urgenza, Materno Infantile. Area medica oncologica). Proroga dei vincoli definiti nel budget 2019.In relazione agli indirizzi regionali/aziendali saranno possibili revisioni in corso d'anno	costo 2021 vs budget 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2021 ≤ budget 2019
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	2 GOVERNO DEI COSTI DIAGNOSTICI	DIAGNOSTICI : proroga dei vincoli definiti nel budget 2019.In relazione agli indirizzi regionali/aziendali saranno possibili revisioni in corso d'anno	costo 2021 vs budget 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: costo 2021 ≤ budget 2019
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	BIOSIMILARI Introduzione progressiva Biosimilare vs Originator 1) Utilizzo 100% NAIVE (in pazienti nuovi) e completamento switch su pazienti già in trattamento, escluse reazioni avverse 2) In caso di introduzione di nuove molecole, gli standard sono da definire in sede di concertazione con i clinici sulla base della letteratura e dei riferimenti regionali disponibili. (% NAIVE pazienti nuovi; tempistica e avvio switch su pazienti già in trattamento)escluso ADR	1a) up medicinale biosimilare/up Totale dispensato biosimilare +originator; 1b) nro richieste di fornitura originator per nuovi pazienti; 2) acquisizione standard definiti e verifica rispetto	VALUTAZIONE STRUTTURE 1a) = 100% escluso ADR 1b) = 0 2) SI/NO definizione standard e verifica del loro rispetto

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FARMACEUTICA: CONTENIMENTO dei costi secondo le indicazioni aziendali/regionali in corso di definizione	tot costi 2021 vs 2020	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO e STRUTTURE a forte impatto sul DAI riduzione/mantenimento costi individuati 2021 vs 2020 secondo le indicazioni aziendali/regionali
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	FED corretta registrazione farmaci FED	costo farmaci scaricati su UDP ambulatoriali/DH vs importi caricati a flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto)	VALUTAZIONE STRUTTURE costo farmaci caricati su UDP ambulatoriale/DH tendenzialmente pari al flusso FED (compensa 1 e 0 e scarto) salvo diversità giustificata
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	3 GOVERNO DEI COSTI FARMACI	PNS: AZZERAMENTO PNS (Terapie Preparate e Non Somministrate) Monitoraggio preparazioni farmaceutiche finalizzate al contenimento della spesa per farmaci oncologici ad alto costo: Tutte le terapie ad alto costo gestite come programmate e/o in attesa conferma	numero Terapie PNS	VALUTAZIONE STRUTTURE Tendente a 0
1 SOSTENIBILITA' ECONOMICA	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)	tot UP 2021 1)up [Lucentis+Eylea] 2)up Ozurdex	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) Lucentis: <=UP 430; Eylea: <= UP 240 2) Ozurdex: <= UP 220
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	PCT: Azioni per favorire un'appropriata prescrizione delle richieste di PCT (procalcitonina) conforme alle linee guida (SIBIOC/SIPMEL) mediante: 1) Monitoraggio dei volumi di PCT 2) valutazione di appropriatezza della richiesta del reparto e della risposta del laboratorio	1) reportistica quattrimestrale dei volumi richiesti in relazione allo standard previsto da linee guida 2A) reportistica con indicazione degli esami ripetuti oltre le 24 ore 2B) report ai reparti ed alla Direzione sanitari del volume degli esami ripetuti extra linee guida.	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO relazione alla direzione sugli scostamenti evidenziati dalla Reportistica prodotta

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Protocolli Diagnostici Innovativi: Definizione di un processo di presentazione e validazione di protocolli congiunti tra le strutture diagnostiche e cliniche finalizzate all'introduzione di nuove metodologie diagnostiche	presentazione e validazione	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO SI/NO
2 QUALITA' DELLE CURE	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% se la riduzione <4% si valutano le singole strutture VALUTAZIONE STRUTTURE: >=5% obiettivo=100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% = 0
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	ANTIBIOTICO RESISTENZA Classi Carbapenemi Anno 2021: Riduzione 5% rispetto ai consumi in grammi dell'anno 2020	riduzione % in grammi 2021 vs 2020:	VALUTAZIONE STRUTTURE: >=5% obiettivo=100% se riduzione >=4% e <5% obiettivo 80% se la riduzione <4% = 0
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Restituzione modulistica esiti nei tempi definiti	n. modulo esiti inviato alla farmacia alla scadenza definita/ n. modulo esiti previsti per invio alla farmacia alla scadenza definita	VALUTAZIONE STRUTTURE uguale a 1
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: a) Prescrizioni di off label di farmaci oncologici in setting ricorrenti (definizione SETTING RICORRENTE: prescrizioni identiche e per identico impiego clinico di farmaci o combinazioni di farmaci al di fuori delle indicazioni registrate, per più pazienti) b) Farmaci innovativi o sottoposti a monitoraggio AIFA e/o accordi MEA	a) N. terapie off label b) N. terapie off label di farmaci innovativi o farmaci con accordi MEA per principio attivo/ N. tot. Terapie per principio attivo	VALUTAZIONE STRUTTURE a) 0% (al netto delle terapie già in corso e autorizzate) b) tendente a 0
2 QUALITA' DELLE CURE	2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	FARMACI OFF LABEL: Inserimento in Legge 648 di medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (per evitare uso off label fuori normativa)	Nr. Richieste inoltrate ad AIFA di inserimento per setting ricorrenti di terapie off label (dove setting ricorrente individua almeno 3 pazienti)	pari ai numeri di setting ricorrenti individuati
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione Tempi di Refertazione: esami di LABORATORIO	- reportistica situazione attuale dell'AOUP - ricognizione degli esami e misurazione dei tempi effettivi - definizione degli standard	VALUTAZIONE STRUTTURA reportistica e ricognizione entro 30/04 definizione standard entro 30/06

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Ottimizzazione Tempi di Refertazione: Esami Istologici A) <i>Tempo medio complessivo (accettazione campione-ultima validazione)</i> -URGENTI -ROUTINE B) <i>Tempo medio sottofasi processo routinarie</i> azioni specifiche sui tempi critici <u>pre taglio</u> (TSLB) <u>pre refertazione</u> (medici) C) Volume casistica <u>Outlier</u> -Riduzione casi D) Volume medio di referti	A) Tempo medio lavorazione ISTOLOGICI (TMU)- Urgenti (TMR)- Routine B) TEMPO MEDIO INTERMEDI ROUTINARI TSLB: processazione - taglio Medici: colorazione - refertazione pre refertazione (medici) C) VOLUMI CASISTICA OUTLIER Casi ROUTINARI > 20 gg Casi urgenti > 7 gg D) VOLUME MEDIO n.casi refertati/n.casi tagliati ogni 15 gg x 100	VALUTAZIONE STRUTTURE A) Tempo medio lavorazione ISTOLOGICI TMU <7gg lavorativi TMR <18gg lavorativi B) TEMPO MEDIO INTERMEDI ROUTINARI TSLB <= 10 gg Medici <= 5 gg C) nr. Outlier <= 150 casi-mese ROUTINARI nr. Outlier <= 160 casi-mese URGENTI D) range costante tra 50-70%
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	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 30/06/2021; 2) applicazione delle linee guida e loro monitoraggio validato (Coordinatore area funzionale delle Anatomie Patologiche e dal Direttore DA)	VALUTAZIONE STRUTTURE 1) e 2) SI/NO
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	PNGLA setting ambulatoriale 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)	A) N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi della classe /N. prestazioni complessive della classe x 100 (fonte TAT)	100% per la classe U,B 95% per classi D e P
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	PNGLA linea ricovero : rispetto tempi di attesa. Raggiungimento della soglia percentuale ministeriale prevista per i ricoveri programmati ordinari o diurni con priorità "A" erogati nel tempo massimo di attesa di 30 g	n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.	VALUTAZIONE STRUTTURE >= 90% (soglia ministeriale prevista per il 2021)
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	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;	Volumi DS e RO 2021 (fonte SDO)	Rispetto % Day Surgery definite per i DRG di cui alla DGRT 1140/2014 o miglioramento vs 2021

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>APPROPRIATEZZA DI ACCESSO ICU: A) Monitoraggio degli accessi in TI PESATURA DELLA COMPLESSITA' secondo le classi di APPROPRIATEZZA INTERNE AL DIPARTIMENTO B) Potenziamento Recovery Room Favorire l'utilizzo appropriato dei setting assistenziali a maggiore intensità mediante potenziamento dei servizi di Recovery room c/o BO Ed.30 Il passaggio in RR disposto dai medici anestesisti libera letti c/o degenze intensive.</p>	<p>Monitoraggio degli accessi in TI fruiti da reparti chirurgici assistiti da RR A) Monitoraggio in continuità con i criteri del protocollo di accesso condiviso di dipartimento degli accessi in terapia intensiva finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza B) Indicatori di Efficienza DRG Chirurgici: N.ro accessi - SUB INTENSIVI DRG Chirurgici: N.ro accessi - A rischio inappropriata di setting DRG Chirurgici: N.ro accessi Appropriati Verifica con CdG del DRG prodotto secondo le classi di appropriatezza stabilite dal DAI</p>	<p>A) VALUTAZIONE DIPARTIMENTO Analisi sistematica della reportistica definita con UO CDG B) VALUTAZIONE STRUTTURE Classi Appropriatezza DRG chirurgici -DRG Chirurgici: N.ro accessi - SUB INTENSIVI riduzione -DRG Chirurgici: N.ro accessi - A rischio inappropriata di setting riduzione -DRG Chirurgici: N.ro accessi Appropriati Mantenimento/incremento A) B) Relazione con evidenze del Direttore del Dipartimento</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>FRATTURA FEMORE: <i>Supporto anestesiológico</i> : 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)</p>	<p>1) 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) 2) registro per la segnalazione dei casi non operati per controindicazione all'intervento posta dall'anestesista. I casi segnalati saranno tutti sottoposti ad audit</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE: >60% sui +65 (standard RT); >80% tutti numero audit=numero di segnalazioni</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>PNGLA setting ambulatoriale: 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)</p>	<p>A) N. prestazioni prenotate entro i tempi massimi della classe /N. prestazioni complessive della classe x 100 (fonte TAT)</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO A) 100% per le classi U,B 95% per classi D e P</p>

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Ottimizzazione tempi di attesa prestazioni Radiodiagnostica linea ambulatoriale II accesso</p> <p>A) Revisione / Riorganizzazione offerta di Prestazioni Radiologiche disponibili per esterni ed interni nell'ambito del progetto di revisione del sistema vigente di assegnazione degli slots.</p> <p>B) Ottimizzare l'accesso alla Diagnostica Pesante (TC e RM)</p> <p>C) Tempestività di esecuzione offerta con pesatura rispetto alla complessità delle indagini</p>	<p>A) Analisi di Bilanciamento domanda/offerta (Radiologie) per linea chirurgica e revisione del sistema di assegnazione secondo gli esiti dell'analisi di bilanciamento effettuata</p> <p>B1) N.ro agende di Il Accesso per le Ginecologie (utero)</p> <p>B2) Definizione degli standards per prestazione: n.gg medi (data erogazione e data prenotazione)</p> <p>C) Tempo medio tra esecuzione esame e refertazione (fonte RIS)</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>A) Revisione volume slots disponibili (colon retto e utero) entro il 30/09/2021</p> <p>B1) Creazione di agende dedicate (utero)</p> <p>B2) Relazione (con evidenze specifiche per colon e retto e utero)</p> <p>C1) Protocollo operativo interno al dipartimento con i Tempi Medi di Refertazione attualmente in essere: tmr URGENTI : entro turno tmr RICOVERATI: 1 g lav tmr TC/RM: 5 gg per Esterni tmr altre prestazioni:3 gg per Esterni. Prefestivi (Sabato) e Festivi esclusi</p> <p>C2) Rispetto degli standard condivisi nel protocollo condiviso al 90% dal 30/09/2021</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione di percorsi di eccellenza:</p> <p>PERCORSO STROKE:</p> <p>Definizione e tracciabilità degli interventi di trombectomia meccanica del paziente con ictus in fase iperacuta in accordo con la PA 68 ed il PDTA ictus di Area Vasta</p>	<p>A) Indicatore di attività: numero delle procedure effettuate</p> <p>B) Indicatore di efficienza: misurazione del "time to groin" (tempo tra esordio e puntura arteria)</p> <p>C) Indicatori di efficienza: costo medio intervento</p> <p>D) Indicatore di esito: outcome mediante modify ranking scale a 90 giorni</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO:</p> <p>Relazione con evidenze al 31/01/2021 comparativa con gli anni precedenti</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione di percorsi di eccellenza:</p> <p>PERCORSO PIEDE DIABETICO/SALVATAGGIO D'ARTO:</p> <p>A) Definizione e tracciabilità del percorso dedicato ai pazienti diabetici con ischemia acuta dell'arto inferiore a rischio di perdita dell'arto finalizzata alla definizione e valorizzazione di standard clinici di eccellenza correlati all'impiego ottimale delle risorse.</p> <p>B) Valutazione Differenziale percorso Fast Track/ percorso tradizionale</p>	<p>A) Elaborazione bozza del Percorso Clinico</p> <p>B) Analisi differenziale mediante monitoraggio:</p> <p><u>Indicatori di Attività:</u></p> <p>Volume Numero di Ricoveri in Percorso</p> <p>Volume Numero di Ricoveri in Percorso per area di provenienza (Provincia di residenza)</p> <p><u>Indicatori di Efficienza (Costi):</u></p> <p>Costo medio intervento</p> <p><u>Indicatori di Esito:</u></p> <p>Numero amputazioni maggiori /Tot Interventi</p> <p>Numero di accessi/Tot Pazienti trattati</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO:</p> <p>A) Formalizzazione/ Riconoscimento del percorso clinico dalla DMP entro il 31/12/2021</p> <p>B) Relazione con evidenze al 31/01/2021</p>

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione di percorsi di eccellenza:</p> <p>INTERVENTO DI RADIOEMBOLIZZAZIONE:</p> <p>A) Definizione e tracciabilità del percorso di ricovero per intervento di radioembolizzazione finalizzata alla definizione e valorizzazione di standard clinici di eccellenza correlati all'impiego ottimale delle risorse.</p> <p>B) Valutazione clinica/economica.</p> <p>C) Valutazione Differenziale percorso Ittrio90/Olmio166</p>	<p>A) Redazione di procedura aziendale</p> <p>B) monitoraggio:</p> <p>Indicatori di Attività:</p> <p>Volume: Numero di Ricoveri in Percorso Diagnostica/Trattamento Ittrio90/Olmio166</p> <p>Volume: Numero di Ricoveri in Percorso per Reparto di ammissione</p> <p>Indicatori di Esito su HCC:</p> <p>controllo malattia secondo criteri radiologici Recist 1.1 a 6-12 mesi</p> <p>Indicatori di Efficienza (Costi):</p> <p>costo DAT (costi speciali prevalenti)</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO:</p> <p>A) Redazione/Revisione di procedura aziendale entro il 31/12/2021</p> <p>B) Relazione con evidenze al 31/01/2021</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	3 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Garanzia della corretta presa in carico: percorso di tutela per assicurare un canale di assistenza per l'utente per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali</p>	<p>1) Introduzione e sviluppo del sistema di monitoraggio informatizzato sul percorso di tutela</p> <p>2) Monitoraggio: rispetto limite max n° segnalazioni consentite</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>SI/NO a partire del secondo semestre 2021</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	<p>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</p>	<p>Decessi entro 30 giorni dall'evento indice di ictus ischemico ovunque avvenuti/Eventi indice di ictus ischemico ricoverati in ospedale (fonte Prose ARS Toscana)</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>mantenimento/miglioramento (standard RT)</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	<p>IMA, rischio morte 30g (Prose) quale misura dell'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia in ospedale e che prosegue nel territorio</p>	<p>Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti/Eventi di IMA ricoverati in ospedale (fonte Prose ARS Toscana)</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>mantenimento/miglioramento (standard RT)</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	<p>Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata (NSG H24C)</p>	<p>Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Eventi di ricovero per BPCO - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>mantenimento/miglioramento (standard RT)</p>
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	<p>Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC). (NSG H22C)</p>	<p>Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti/Interventi di bypass isolato - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars) per qualsiasi causa</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>mantenimento/miglioramento (standard RT)</p>

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Mortalità a 30 giorni dall'intervento a valvole cardiache	Decessi entro 30 giorni dall'evento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Eventi di ricovero per valvole cardiache - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Frattura Femore , rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di frattura del femore - Aggiustamento per comorbidità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	FRATTURA FEMORE: Tempestività nell'effettuazione dell'intervento per la frattura di femore derivante (NSG H13C: % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario)	Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni/Numero interventi per frattura del collo del femore (indicatore mes C.5.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE: >60% sui +65 (standard RT); >80% tutti
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	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 (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K colon , rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di asportazione del tumore maligno del colon - Aggiustamento per comorbilità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (NSG H05Z).	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post operatoria entro 3 giorni/N.ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica -Aggiustamento per comorbilità, sesso, età	VALUTAZIONE STRUTTURE >90% (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Intervento K retto , rischio morte 30g	Decessi entro 30 giorni dall'intervento ovunque avvenuti per qualsiasi causa/Interventi di asportazione del tumore maligno del retto - Aggiustamento per comorbilità, sesso, età (fonte Ars)	VALUTAZIONE STRUTTURE mantenimento/miglioramento (standard RT)
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % episiotomie depurate	Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati /Numero di parti vaginali depurati (indicatore Mes C7.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti cesarei depurati	Numero parti cesarei depurati/numero parti depurati (indicatore Mes C7.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	monitoraggio % parti operativi (forcipe e ventosa)	Numeratore Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe / Numero parti vaginali (indicatore Mes C7.6)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	Parto cesareo, complicanze severe	N. ricoveri con complicanze severe/N. parti cesarei	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento rispetto ad esiti 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	5 ESITI	riduzione % parti cesarei primari (NSG H18C che vuole misurare la frequenza di ricorso ai parti cesarei in donne che non hanno effettuato un pregresso cesareo)	N. parti cesarei primari/N. parti con nessun pregresso cesareo nei 10 anni precedenti	VALUTAZIONE STRUTTURE <20% (standard RT)

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	<p>CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: applicazione delle misure di controllo degli organismi multiresistenti mediante azioni di monitoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> -a) del consumo congruo gel alcolico; -b) della compliance igiene delle mani; -c) riduzione dei casi di colonizzazione/ infezione da microorganismi sentinella (reparti più ad alto rischio per NDM da PA 196) 	<p>a) indicatore per sole aree DEGENZA: consumo gel idroalcolico in litri/1000 giornata degenza ordinaria- valutazione semestrale NUM: litri dispensati per UO degenza (ordinato) DEN: gg.degenza ordinarie</p> <p>b) indicatore per aree DEGENZA e AMBULATORIALE (tra cui ambulatorio oncologico e dialisi): compliance igiene mani secondo osservazione metodo OMS (Self-assessment framework 2010) METODO: osservazione almeno una volta all'anno in ogni UO assistenziale</p> <p>c) tasso di colonizzazione: numeratore: numero pazienti colonizzati /infetti da microorganismi sentinella, denominatore: pazienti ammessi non colonizzati/infetti</p>	<p>VALUTAZIONE DIPARTIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> a) valore minimo: 15 litri/1000 giorni di degenza valore ottimale: 20 litri/1000 giorni di degenza; b)area degenza e ambulatoriale: miglioramento compliance tra l'osservazione ad inizio periodo e fine periodo - punteggio OMS rispetto al dato storico (VALUTAZIONE STRUTTURE) c)riduzione dei casi intraospedalieri di colonizzazione e infezione rispetto al dato storico
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	<p>PREVENZIONE E CONTROLLO della DIFFUSIONE DI ENTEROBATTERI: Applicazione PA 196 (per le strutture indicate):</p> <ul style="list-style-type: none"> -corretto isolamento del paziente; - effettuazione dei tamponi; - segnalazione in diagnosi di dimissione; - sviluppo di casi secondari; 	Verifica quadrimestrale su trimestre	evidenza dell'applicazione
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	<p>APPLICAZIONE PRATICHE CLINICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Corretta compilazione della check list operatoria (area chirurgica); -Implementazione della pratica clinica dell'Handover (passaggio di consegne da un setting assistenziale all'altro); -Riconciliazione farmacologica in ingresso (area medica) 	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata , impiegate per monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> 95% 75% di dato rilevato 70% cartelle revisionate

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	CONTROLLO INFEZIONI OSPEDALIERE: Elaborazione di un corso di formazione per la corretta prevenzione e controllo delle infezioni nelle Radiologie	realizzazione corso n. partecipanti su personale radiologie	corso SI/NO partecipazione al 90%
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	Vaccinazioni Covid	Copertura vaccinale operatori	Rispetto soglie regionali
2 QUALITA' DELLE CURE	6 RISCHIO CLINICO	Vaccinazioni no Covid (antinfluenzale)	Copertura vaccinale operatori	Rispetto soglie regionali
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	FARMACO VIGILANZA: segnalazioni reazioni avverse a farmaci conformi agli obiettivi di farmacovigilanza	confronto ADR attese verso ADR pervenute	VALUTAZIONE STRUTTURE ADR pervenute >= ADR attese - 100% obiettivo ADR pervenute >80% <100% ADR attese - 50% obiettivo altrimenti 0% obiettivo
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	DISPOSITIVO VIGILANZA mantenimento/incremento dell'attività di segnalazione (non conformità, incidenti su dispositivi medici)	rispetto delle procedure di segnalazioni, incidenti e reclami/non conformità	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO SI/NO a cura direttore UO Farmaceutica gestione dispositivi medici
2 QUALITA' DELLE CURE	7 SICUREZZA DEL PAZIENTE	<i>Progetti Aziendali: sicurezza pazienti/operatori</i> IMPLEMENTAZIONE PROGETTO DOSE TEAM: a) Utilizzo del sistema di monitoraggio informatico della dose (SMID) per ottimizzare la radioprotezione dei pazienti e del personale. b) Avvio lavori gruppo Dose Team	a) Indicatori -% apparecchiature angiografiche connesse allo SMID -% apparecchiature TC e mammografiche connesse allo SMID (Revisione trimestrale dei dati) b) sedute gruppo di lavoro	a) standards -apparecchiature angiografiche >=60% -apparecchiature TC e mammografiche >=80% Revisione trimestrale dei dati (almeno due: a fine settembre e fine dicembre) b) Relazione con evidenze al primo monitoraggio

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	N.ro Reclami URP connessi alla consegna tardiva del referto Anatomie patologiche:riduzione	N.ro Reclami URP	VALUTAZIONE STRUTTURE Nro Reclami URP 2021 < 5% Nro reclami del 2019
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	% di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero (proxy della soddisfazione complessiva dei pazienti rispetto alla degenza in reparto e al contempo una proxy della corretta codifica di questa particolare modalità di dimissione)	N.dimissioni volontarie/N. di ricoveri (esclusa IVG, Aborti, i decessi) (indicatore Mes D18 e CRISP-MES)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO <=0,5%
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	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) (fonte ESTAR : N.proposte da loggato modulo PLEADE e N. adesioni da n. riferimenti paziente su modulo PLEIADE)	VALUTAZIONE STRUTTURE: 1) >=60% delle strutture abilitate e formate 2) >=50% delle strutture abilitate e formate
2 QUALITA' DELLE CURE	8 VALUTAZIONE UTENZA	% 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 mglioramento rispetto al 2019
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%
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Monitoraggio andamento volumi per interventi chirurgici su tumore maligno secondo criteri PNE	volumi calcolati secondo i criteri del PNE 2021 vs 2019 e 2018	VALUTAZIONE STRUTTURE Congruità dei volumi rapportata all'andamento degli anni precedenti

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	<p>Valorizzazione/potenziamento Attività dei GOM (DGRT 32 del 14/01/19 costituzione, composizione e funzionamento):</p> <p>1) Partecipazione ai GOM costituiti in AOUP in attuazione della DGRT 32 del 14/01/19</p> <p>2) Esplicitazione delle raccomandazioni o linee guida adottate nel GOM</p> <p>3) Tracciabilità della calendarizzazione dei GOM mediante attivazione di agende multiprofessionali.</p>	<p>1) Individuazione degli Specialisti che partecipano al Gom</p> <p>2) regolamento interno in ciascun GOM cura del Coordinatore</p> <p>3) tracciamento delle visite multidisciplinari GOM</p>	<p>VALUTAZIONE STRUTTURE</p> <p>1) SI/NO</p> <p>2) Relazione con evidenze della DMP</p> <p>3) Attività tracciate nei flussi SPA</p>
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	N. donne con inter.chir per tumore mammella sottoposte ad applicazione metodica linfonodo sentinella/N. donne con inter.chir per tumore maligno mammella (indicatore Mes C10.2.2)	VALUTAZIONE STRUTTURE 57% (standard RT)
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	% di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella derivante dall'obiettivo regionale (NSG H02Z) Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	N. ricoveri in reparti sopra soglia/N. ricoveri erogati totali (indicatore Mes C10.1.3)	VALUTAZIONE STRUTTURE >90% (standard RT)
3 GOVERNO ONCOLOGIA	1 APPROPRIATEZZA CLINICO-ORGANIZZATIVA	Qualità chirurgica del trattamento offerto alla donna: % di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	N inter. chir. conservativi o nipple e skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante/N. inter.chir alla mammella per carcinoma infiltrante (indicatore Mes C10.2.1)	VALUTAZIONE STRUTTURE 75% (standard RT)

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indice di Performance Degenza Media acuti - DRG chirurgici: Mantenimento/miglioramento del numero di giornate di degenza che mediamente sono registrate rispetto alla DM regionale, a parità di casistica dimessa	\sum giornate di degenza osservate - \sum giornate di degenza attese per DRG Chirurgici/ N Dimissioni per DRG Chirurgici (Indicatore Mes C2a.C)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indice di Performance Degenza Media acuti - DRG Medici: Mantenimento/miglioramento del numero di giornate di degenza che mediamente sono registrate rispetto alla DM regionale, a parità di casistica dimessa	\sum giornate di degenza osservate - \sum giornate di degenza attese per DRG medici/ N Dimissioni per DRG Medici (Indicatore Mes C2a.M)	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	DRG MEDICI a rischio di inappropriatazza (ARI): Riduzione del volume	volumi DRG ARI medici prodotti nel 2021 vs 2019	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: riduzione volumi 2021 vs 2019 a livello dipartimentale VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di aumento dei volumi
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	Indicatore degenza media pre-operatoria ricoveri ordinari programmati maggiori di 1 giorno - riduzione	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico/Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico. Calcolo su Ricoveri Ordinari Programmati non urgenti maggiori di un giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico, si escludono i trapianti	VALUTAZIONE STRUTTURE: mantenimento/miglioramento
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	1 LINEA RICOVERI	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 rispetto ad esiti 2019 VALUTAZIONE STRUTTURE in caso di non rispetto degli standard
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	Miglioramento della capacità di identificare il potenziale donatore : segnalazione di morti encefaliche in relazione al numero di posti letto (eligibili per le donazioni) in TI	N di Accertamenti di Morte Cerebrale/N di posti letto in UTI (indicatore Mes B6.1.6)	>=0,8 CAM/PL%
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	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%

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
4 PERFORMANCE DI SISTEMA	2 LINEA RICOVERO TRAPIANTI / DONAZIONI	Misurazione dell'efficienza di segnalazione rispetto ai deceduti in ospedale nelle prime 72 ore dal ricovero o in pronto soccorso con lesioni cerebrali acute per tutte le diagnosi	N di accertamenti di morte encefalica (CAM)/ N. di decessi con lesioni cerebrali acute in ospedale o in PS (indicatore Mes B6.1.1a)	>=48% Azienda
5 STRATEGIE REGIONALI	1 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)	VALUTAZIONE DIPARTIMENTO: volumi ricette in DEMA 2021: -SPECIALISTICA >=90% sull'erogato (fonte sistema TS); -FARMACEUTICA >= 80% sulle ricette rilevate come usate (fonte sistema TS); -Farmaceutici e specialistiche prescritti dalla DEMA
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Implementazione della telemedicina per le specialistiche rilevanti	media televisita aziendale vs media regionale per specialità	VALUTAZIONE STRUTTURE >=media regionale (con indice di tolleranza del 20%)
5 STRATEGIE REGIONALI	1 SANITA' DIGITALE	Progetto Cup 2.0	Introduzione e migrazione di tutta l'offerta ambulatoriale (formazione e utilizzo entro II semestre)	SI/NO
5 STRATEGIE REGIONALI	2 CRITICITA'	Nuovi pazienti per patologie croniche ed oncologiche	misurazione secondo indicazioni Ars / Regione Toscana	Rispetto soglie secondo indicazioni
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Accreditamento ISO 20387 delle biobanche di ricerca e sviluppo per la SOD Biobanche - Biobanca BMS	Esame documentale : invio ad ACCREDIA della documentazione del sistema qualità della Biobanca BMS entro il 30/09/2021;	SI/NO
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Monitoraggio sistematico (mensile) sulla valutazione della qualità della documentazione clinica, anche in coerenza con quanto previsto dalla DGRT 188/19 (PAC)	Utilizzo di check list specifica per singola cartella (modulo CLQ) e report di sintesi (modulo CLQ Sint.) relativo alla qualità della documentazione clinica campionata	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo CLQ Sint. entro il 31/01 alla U.O. Accreditamento e Qualità.
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Adozione per ogni U.O./S.D. di strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale e relativo monitoraggio dell'evidenza dell'applicazione nella documentazione clinica.	Report (modulo T.5.1.COM.10) relativo all'applicazione di almeno 3 strumenti di indirizzo clinico-terapeutico-assistenziale sulla documentazione clinica campionata.	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio modulo T. 5.1.COM.10 entro il 31/01 alla U.O. Accreditamento e Qualità

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
6 PROGETTI AZIENDALI	1 ACCREDITAMENTO E QUALITA'	Riesame elaborato sulla base dei dati ricavati dal monitoraggio degli esiti e delle informazioni disponibili con piano di miglioramento annuale.	Presenza per ogni U.O./S.D. del riesame dei dati e degli esiti (modulo RdE) con piano di miglioramento annuale (modulo PdM).	VALUTAZIONE STRUTTURE Invio moduli RdE e PdM entro il 31/01 alla U.O. Accreditamento e Qualità
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA	Revisione delle codifiche open lis-versione catalogo 2.09 e mantenimento della revisione in modo dinamico	verifica a fine Aprile 2021 e ottobre 2021 a cura di ogni singola struttura del DA1	VALUTAZIONE STRUTTURE acquisizione delle nuove codifiche nell'applicativo
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA	Tracciabilità pezzi anatomici: processo interno al laboratorio	Nr. Biocassette tracciate/ Nr.Totale Biocassette prodotte	VALUTAZIONE STRUTTURE: 100% dal SECONDO SEMESTRE 2021
6 PROGETTI AZIENDALI	3 TRACCIABILITA	Up-grade WINSAP 3.0 -Partecipazione alla formazione per consentire l'avvio della nuova versione	Adesione alle sedute di formazione del personale delle tre strutture (medici, comparto)	VALUTAZIONE STRUTTURE 100% entro 31/12/2021
6 PROGETTI AZIENDALI	4 APPROPRIATEZZA GESTIONALE	UTILIZZO CONFORME Centri di Costo Comuni: attribuzione dispositivi medici ad utilizzo comune	Dispositivi medici comuni e specifici attribuiti al costo comune: 2021 vs 2020	VALUTAZIONE STRUTTURE Attribuzione del costo dei dispositivi medici specialistici ai centri di costo specifici delle UO in luogo dei costi comuni che devono ridursi
6 PROGETTI AZIENDALI	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo LDO	Modulo LDO: Nro LDO Inviato/Totale Dimessi	VALUTAZIONE STRUTTURE 100% utilizzo
6 PROGETTI AZIENDALI	5 CCE	Compilazione della Cartella Clinica medica mediante Sistema Pleiade: utilizzo cartella di base ambulatoriale	avvio dell'utilizzo	VALUTAZIONE STRUTTURE 100% utilizzo a partire dalla formazione messa a regime

AREA BUDGET	AMBITO BUDGET	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD 2021
6 PROGETTI AZIENDALI	6 ORMAWEB	NOTA OPERATORIA: Implementazione a regime utilizzo della nota operatoria in ormaweb per linea elettiva	n. utilizzo nota operatoria/ n. interventi linea elettiva	VALUTAZIONE STRUTTURE 100%
7 IMPEGNO PER I DIRETTORI	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	IMPEGNO DEI DIRETTORI DI STRUTTURA nel garantire la corretta e completa compilazione della cartella clinica in tutte le sue componenti e relativa SDO in ottemperanza al piano annuale dei controlli esterni (PAC) di cui alla Delibera GRT 188/2019;	cartelle non correttamente compilate e conseguente decurtazione economica	RAGGIUNGIMENTO: assenza di decurtazione economica o decurtazione economica non ritenuta, da parte della Direzione dell'AOUP, imputabile a responsabilità della struttura; NON RAGGIUNGIMENTO: applicazione di decurtazioni economiche dovute a responsabilità della struttura; EFFETTO: riduzione fino ad un massimo del 30% 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
7 IMPEGNO PER I DIRETTORI	PARTECIPAZIONE E COMUNICAZIONE	IMPEGNO PER IL DIRETTORE DAI Diffusione e illustrazione scheda di budget e organizzazione di almeno 3 comitati DAI per il monitoraggio del budget; diffusione dati di monitoraggio ai Direttori/Responsabili delle strutture	evidenza dell'avvenuta diffusione degli obiettivi e dei dati di monitoraggio e invio dei verbali sugli incontri di comitato DAI	rispetto dell'impegno (se non raggiungimento riduzione del 30% retribuzione di risultato)