

# **AZIENDA USL2 LUGCA – Relazione sulla performance 2013**

DATA DI AGGIORNAMENTO NOVEMBRE 2014

**Performance organizzativa**

**Performance individuale**

**Relazione sulla gestione**

**AZIENDA USL2 LUCCA**  
**RISULTATI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ANNO 2013**  
**VALIDATI DAL OIV IL 06 GIUGNO 2014** DATA AGGIORNAMENTO GIUGNO 2014

**DIRIGENZA**

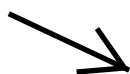
**TECNICI SANITARI**

**INFERMIERI – OSS**

**ALTRO PERSONALE COMPARTO**

# VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET 2013 -- AREA DIRIGENZA

vai ai Dipartimenti Aziendali



Dip Emergenza Urgenza

Dip del Farmaco

Dip Professioni Sanitarie

Dip Salute Mentale

Dip Attivita' Specialistiche Territ

Dip Cure Primarie e Resid

Svil. processi integr. socio san.

Dip Amministrativo

Dip Area Tecnica

Staff Direzione Strategica

Dip Chirurgico

Dip Medico

Dip Materno Infantile

Dip Oncologico

Dip Diagnostica

Direzione Medica PP.OO

Dip Prevenzione

info: [a.benedetti@usl2.toscana.it](mailto:a.benedetti@usl2.toscana.it) ---- 3313

[f.lorenzoni@usl2.toscana.it](mailto:f.lorenzoni@usl2.toscana.it) ---- 2832

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**chirurgia generale lucca**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Incremento attività chirurgica	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	1637,65	1953,78	10%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	0,67	0,71	10%	10,0%	100,0		10,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti	64,02	65,47	>70%	5,0%	24,2		1,2%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Programmazione setting appropriato di degenza	Q20	N° interventi ricoverati in WS trasferiti nel week-end	5,54	7,39	<5%	10,0%	0,0		0,0%	
Qualità del percorso chirurgico	Q10	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,26	0,53	0	10,0%	100,0		10,0%	soglia di tolleranza: 1%
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q40	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Riduzione Spesa dispositivi medici B.O. per dimesso vs 2012	515	373	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valore di area poiché molti costi non distinguibili per struttura; dato relativo a peso tot. DRG
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	6,56	5,2	<6,2	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	71,39	53,63	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	23	11,76	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	92,75	88,27	>78%	3,0%	100,0		3,0%	
Qualità Clinica	C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	63,63	83,33	>76,3%	3,0%	100,0		3,0%	
Appropriatezza Chirurgica	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0 -1 giorno	89,36	90,82	>91%	3,0%	100,0		3,0%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.2	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	7,41	5,97	<9%	3,0%	100,0		3,0%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: RO	32,3	20,78	<20%	3,0%	93,7		2,8%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>86,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>86,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**chirurgia generale vds**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Incremento attività chirurgica	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	717,55	660	10%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti	68,27	66,75	>70%	5,0%	0,0		0,0%	
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	0,76	0,66	10%	10,0%	0,0		0,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso chirurgico	Q10	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,6	0,68	0	10,0%	100,0		10,0%	soglia di tolleranza: 1%
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	80%	5,0%	100,0		5,0%	
Programmazione setting appropriato di degenza	Q20	N° interventi ricoverati in WS trasferiti nel week-end	0	0,3	<5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Riduzione Spesa dispositivi medici BO per dimesso vs 2012	713,8	663,2	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valore di area poiché molti costi non distinguibili per struttura; dato relativo a peso tot. DRG
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	4,46	3,82	<4,4	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	37,42	36,59	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	164,34	167,29	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	99,56	94,39	≥86%	3,8%	100,0		3,8%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.2	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	3,02	0,45	≤6,5%	3,8%	100,0		3,8%	
Appropriatezza Chirurgica	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0 -1 giorno	94,11	92,50	>91%	3,8%	100,0		3,8%	
Qualità Clinica	C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	100	89,47	>76,3	3,8%	100,0		3,8%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>85,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**oculistica**

chir

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		38,60	0	5,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti (RO-DH- AMB)	63,439049989	65,529167115	>50%	10,0%	100,0		10,0%	
Incremento attività chirurgica	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	244,91	266,11	10%	10,0%	100,0		10,0%	
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	0,54	0,46	10%	10,0%	0,0		0,0%	nr interventi per ora di sala (non ponderato per il peso medio degli interventi poiché incide molto l'attività ambulatoriale, non pesabile)
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	80%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del percorso	Q10	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,46	0,5	0	10,0%	100,0		10,0%	soglia di tolleranza: 1%
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	0,97	0,00	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	3,21	2,75	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	1,22	1,13	≤1,3	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Spesa per lentine per dimesso vs 2012	285.262,97	174.694,37	-3%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza chirurgica	C4.1.2	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	3,4	2,94	≤5%	6,7%	100,0		6,7%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: RO	5,93	7,78	<9%	6,7%	100,0		6,7%	
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	72,28	78,13	>50%	6,7%	100,0		6,7%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>85,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**ortopedia Lucca**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Incremento attività chirurgica	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2011	1498	1509	10%	10,0%	100,0		10,0%	nel 2011 c'era commistione di tra ortopedia ed ortopedia dello sport; utilizzati i dati, separati, del blocco operatorio (casi, non peso)
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2011	0,94	0,82	10%	10,0%	0,0		0,0%	è cambiata l'organizzaz delle sale e viene lasciata libera la sala traumat (progr) che non sempre è riempita; nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir); anno 2012 e 2013 non confrontabili. Confrontare 2011
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti	58,33	57,07	>60%	5,0%	0,0		0,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del percorso	Q20	N° interventi ricoverati in WS trasferiti nel week-end			<5%	5,0%		REDISTR		Usata WS per ricoveri da LS per mancanza PL
Qualità del percorso	Q10	N° interventi programmati in nota rinviati	0	0,25	0	10,0%	100,0		10,0%	soglia di tolleranza: 1%
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2011	32,00	31,80	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2011	48,79	51,90	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	6,77	6,03	<6,4	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Riduzione Spesa dispositivi medici per dimesso vs 2011	515,4	372,7	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valore di area poiché molti costi non distinguibili per struttura; dato relativo a peso tot. DRG
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza chirurgica	C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	17,89	19,73	<20%	3,3%	100,0		3,3%	
Qualità clinica	C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010 - 2012)	66,37	84,66	>69,4%	10,0%	100,0		10,0%	
Integrazione ospedale territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,75	0,07	<0,86%	3,3%	100,0		3,3%	
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	18,34	49,21	>55%	3,3%	84,2		2,8%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>79,5%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>83,7%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**ortopedia vds**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Migliore utilizzo sale operatorie	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	1234,3	1589,77	10%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti	66,95	71,8	>75%	5,0%	60,2		3,0%	
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	0,83	0,99	10%	10,0%	100,0		10,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del percorso	Q20	N° interventi ricoverati in WS trasferiti nel week-end	1,18	0	<5%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del percorso	Q10	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,62	0,23	0	5,0%	100,0		5,0%	soglia di tolleranza: 1%
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Riduzione Spesa dispositivi medici per dimesso vs 2012	713,8	663,2	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valore di area poiché molti costi non distinguibili per struttura; dato relativo a peso tot. DRG
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	4,45 (3,17)	5,02 (2,95)	≤4,5	5,0%	100,0		5,0%	tra parentesi la normalizzazione per peso medio drg
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	16,22	14,05	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	0,19	8,95	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	37,91	79,5	>60%	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	2,84	2,04	<5%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità clinica	C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010 - 2012)	70	92,39	>69,4%	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>98,0%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>98,0%</b>



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**otorino**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	0,53	0,55	10%	10,0%	100,0		10,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti	48,01	50,72	>70%	5,0%	12,3		0,6%	
Migliore utilizzo sale operatorie	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	495,88	566,62	10%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso	Q20	N° interventi ricoverati in WS trasferiti nel week-end	1,25	3,57	<5%	5,0%	100,0		5,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q50	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del percorso	Q10	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,37	0,37	0	10,0%	100,0		10,0%	soglia di tolleranza: 1%
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Riduzione Spesa dispositivi medici BO per dimesso vs 2012	515,4	372,7	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valore di area poiché molti costi non distinguibili per struttura; dato relativo a peso tot. DRG
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	6,10	4,97	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	4,83	4,6	≤4,5	10,0%	69,7		7,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	10,32	10,71	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza chirurgica	C4.1.2	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	3,23	4,23	<8%	6,7%	100,0		6,7%	
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	94,11	87,86	>79%	6,7%	100,0		6,7%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: RO	3,48	2,24	<20%	6,7%	100,0		6,7%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>92,6%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>92,6%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**urologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo della domanda	P10	% soddisfazione della domanda residenti	57,82	60,95	>70%	5,0%	25,7		1,3%	
Migliore utilizzo sale operatorie	P40	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	0,65	0,65	10%	10,0%	100,0		10,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		12,589173311	0	5,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P30	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	816,28	870,06	10%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q50	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		esistono regole specifiche e il medico tutor è indicato negli orari	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del percorso	Q10	N° interventi programmati rinviati	0,31	0,39	<2012	10,0%	100,0		10,0%	soglia di tolleranza: 1%
Qualità del percorso	Q20	N° interventi ricoverati in WS trasferiti nel week-end	10,63	9,63	<5%	10,0%	17,8		1,8%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E10	Riduzione Spesa dispositivi medici BO per dimesso vs 2012	515,4	372,7	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valore di area poiché molti costi non distinguibili per struttura; dato relativo a peso tot. DRG
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	9,59	7,83	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	43,4	38	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	4,9	3,97	≤4,5	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza chirurgica	C4.1.1	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: RO	9,57	9,85	<20%	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza chirurgica	C4.1.2	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: DH	8,7	4,26	<8%	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza regime assistenziale Day Surgery	C4.12	DRG LEA CHIRURGICI: % standard raggiunto in DS	42,1	42,1	>55%	5,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>			<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>78,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>78,1%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Attività Consultoriali**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° personale con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Gestione Percorso Parto	P20	% Partecipanti a corsi di preparazione alla nascita / parti di residenti	21,65	27,56	>90 %	5,0%		dato n.d.		Calcolato esclusivamente sulle primipare (come indicatore MeS C7.17); opportuno rivedere valore atteso
Gestione Percorso Parto	P30	% Partecipanti a corsi post partum / parti di residenti			>50 %	5,0%		REDISTR		corso post partum non effettuato, perché in passato aveva scarsa adesione
Gestione Percorso Parto	P40	% Assistenza domiciliare post partum nelle primipare	1,10	0,10	> 70%	5,0%	0,0		0,0%	consultorio verifica criteri registrazione
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del Percorso Contraccezione	Q20	% di IVG ripetute	0,25	0,26	< media regionale	15,0%		dato n.d.		
Debito informativo	Q30	Alimentazione costante e corretta flussi CON		100,00%	> 90%	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del Percorso Contraccezione	Q10	Tasso % di concepimento under 18	2,43	2,24	< 3%	15,0%	100,0		15,0%	
Qualità del Percorso Contraccezione	Q40	% di IVG / 1000 residenti	6,22	5,25	< media regionale (6,334)	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione Screening Service uterina	E10	Tasso di estensione screening service uterina nelle classi d'età target	101,5	94,9	> 100%	5,0%	100,0		5,0%	valutazione MeS ottima
Ottimizzazione Screening Service uterina	E20	Tasso di adesione screening service uterina nelle classi d'età target	48,6	58,5	> 60%	5,0%	87,0		4,4%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Assistenza territoriale materno-infantile	C7.19.1	Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione ‰	9,05	9,10	>media regionale 26,22	5,0%	0,3		0,0%	
Assistenza territoriale materno-infantile	C7.19	Tasso di accesso al consultorio giovani ‰	25,09	27,16	>media regionale 63,15	5,0%	5,4		0,3%	
Assistenza territoriale materno-infantile	C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	14,51	16,00	50%	5,0%	4,2		0,2%	
Assistenza territoriale materno-infantile	C7.15	Tasso di accesso al consultorio di donne residenti in età fertile ‰	75,34	87,42	>media regionale (204,72)	5,0%	9,3		0,5%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>50,3%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>67,1%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Attività Consultoriali (psicologi)**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Implementazione dell'attività di sostegno per i genitori adottivi con i comuni della piana di Lucca	P10psi	Numero gruppi di sostegno alle coppie attivati		2	>=1	50,0%	100,0		50,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione dei percorsi assistenziali in continuità H-T	Q50psi	Stesura del protocollo ad hoc		si	si	25,0%	100,0		25,0%	
Qualità del Percorso Contraccezione	Q40	% di IVG / 1000 residenti	6,22	5,25	< media regionale (6,334)	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del Percorso Contraccezione	Q10	Tasso % di concepimento under 18	2,43	2,24	< 3%	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Cure Primarie Zona PdL**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle Cure Primarie	P10	Definizione e approvazione regolamento delle AFT dal tavolo della MMG entro maggio 2013		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	Le AFT sono state integrate, nella loro composizione, anche dai medici della Continuità Assistenziale e le nomine dei medici coordinatori sono state ufficializzate a febbraio 2014. Il presente obiettivo si propone per il 2014.
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P40	N° personale con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Rimodulazione Attività Sanitarie Territoriali presso Campo di Marte	P30	Implementazione del progetto di riorganizzazione del polo territoriale c/o campo di Marte		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	E' stata completata.
Capacità di governo delle Cure Primarie	P20	Definizione ed approvazione Accordo Integrativo Aziendale MMG dal tavolo MMG entro giugno 2013		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	L'Accordo Integrativo Aziendale per la Medicina Generale è stato siglato a dicembre 2013.
<b>Indicatori Qualità</b>										
Promozione modelli organizzativi	Q10	Implementazione Casa della Salute (UCCP) e letti di Cure Intermedie all'interno di Campo di Marte		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	Il modello organizzativo è stato definito in collaborazione con i MMG delle AFT di Lucca. Permane il problema della copertura dei turni infermieristici necessari soprattutto per attivare i letti di cure intermedie.
Potenziamento modelli organizzativi	Q50	Costituzione delle AFT degli specialisti ambulatoriali entro giugno 2013		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	La delibera di costituzione delle AFT della specialistica è stata approvata con Delibera ASL 2 n. 645/2013
Potenziamento rete informatica territoriale	Q40	% prestazioni specialistiche e diagnostiche con quesito diagnostico e codice priorità correttamente compilato		100% con classe di priorità; 0% con quesito diagnostico	>40%	5,0%	50,0		2,5%	indicatori B20a.1 e B20a.2
Potenziamento rete informatica territoriale	Q30	% prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate		45,6	≥ 60%	5,0%	76,0		3,8%	dato aziendale
Potenziamento ADI	Q20	n. ADI/1000 abitanti vs 2012	1,79	2,08	+3%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa diagnostica	E20	prescrizioni di diagnostica per immagini	161.648	142.254	-5%	10,0%	100,0		10,0%	escluso il PS
Riduzione della spesa ausili	E40	Spesa per dispositivi medici vs 2012	134.394	164.060	-5%	10,0%	0,0		0,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	1.940.233	1.843.734	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.2.1	tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	4,26	11,09	<9	1,0%	100,0		1,0%	
efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.1	tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	83,54	63,65	<141	1,0%	100,0		1,0%	
qualità clinica	C5.1	% re-ricoveri entro 30gg	4,76%	4,80%	4,50%	1,0%	0,0		0,0%	
integrazione ospedale territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,83	0,45	0,86%	1,0%	100,0		1,0%	
Copertura vaccinale	B7.2	% Copertura per vaccino antinfluenzale	59,69	60,66	≥ 75%	2,0%	100,0		2,0%	poiché nessuna azienda in regione ha raggiunto l'obiettivo, si considera raggiunto se entro la media regionale (60,117%)

# PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori



Cure Primarie

## Cure Primarie Zona PdL

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.3.1	tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	27,84	29,83	<20	1,0%	100,0		1,0%	
appropriatezza prescrittiva farmaceutica	C9a	C9.6.1; C9.6.2; C9.7; C9.8; C9.9; B4.1; C9.14; C9.17		36,36	Media Regionale	3,0%	36,4		1,1%	
Totale pesi valutati				100,0%	Totale pesi valutati raggiunti		83,4%	% raggiungimento	83,4%	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Cure Primarie Zona VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Rimodulazione Attività Sanitarie Territoriali presso Campo di Marte	P30	Implementazione del progetto di riorganizzazione del polo ospedaliero della VDS		SI	si	6,1%	100,0		6,1%	Progetto definitivo passato anche in conferenza dei sindaci (seduta del 17/07/2013 e seguenti). In attesa di decisioni Regionali
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P40	N° personale con Debito Orario		0	0	6,1%	100,0		6,1%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di governo delle Cure Primarie	P10	Definizione e approvazione regolamento delle AFT dal tavolo della MMG entro maggio 2013			si	6,1%		REDISTR		Il regolamento AFT è stato sospeso a seguito della richiesta regionale di nuova rielezione dei coordinatori AFT (in cui sono stati inclusi i medici di c.a.) ed a seguito di chiarimenti del rapporto tra tavolo di coordinamento AFT e comitato aziendale de
Capacità di governo delle Cure Primarie	P20	Definizione ed approvazione Accordo Integrativo Aziendale MMG dal tavolo MMG entro giugno 2013		SI	si	6,1%	100,0		6,1%	Accordo firmato il 4/12/2013 approvato con delibera DG n 772 del 23/12/2013
<b>Indicatori Qualità</b>										
Potenziamento modelli organizzativi	Q50	Costituzione delle AFT degli specialisti ambulatoriali entro giugno 2013		SI	si	6,1%	100,0		6,1%	Delibera ASL 2 n 645/2013
Promozione modelli organizzativi previsti dalla DGRT 1235	Q10	Implementazione Casa della Salute (UCCP) eletti di Cure Intermedie all'interno dello stabilimento Ospedaliero VdS disattivato		SI	Si	6,1%	100,0		6,1%	Progetto definitivo passato anche in conferenza dei sindaci (seduta del 17/07/2013 e seguenti). In attesa di decisioni Regionali
Potenziamento ADI	Q20	n. ADI/1000 abitanti vs 2012	1,20	1,31	+3%	6,1%	100,0		6,1%	
Potenziamento rete informatica territoriale	Q30	% prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate		45,6	≥ 60%	6,1%	76,0		4,6%	dato aziendale
Potenziamento rete informatica territoriale	Q40	% prestazioni specialistiche e diagnostiche con questito diagnostico e codice priorità correttamente compilato		100% con classe di priorità; 0% con questito diagnostico	>50%	6,1%	50,0		3,0%	indicatori B20a.1 e B20a.2
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa ausili	E30	Spesa per dispositivi medici	75.717	53.867	-5%	6,1%	100,0		6,1%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci	1.078.609	587.820	-5%	6,1%	100,0		6,1%	
Riduzione spesa diagnostica	E40	prescrizioni di diagnostica per immagini	51425	48920	-5%	6,1%	97,4		5,9%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
integrazione ospedale territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,69	0,50	0,86%	6,1%	100,0		6,1%	
Copertura vaccinale	B7.2	% Copertura per vaccino antinfluenzale	59,69	60,66	≥ 75%	3,0%	100,0		3,0%	poiché nessuna azienda in regione ha raggiunto l'obiettivo, si considera raggiunto se entro la media regionale (60,117%)
appropriatezza prescrittiva farmaceutica	C9a	C9.6.1; C9.6.2; C9.7; C9.8; C9.9; B4.1; C9.14; C9.17		36,36	Media Regionale	3,0%	36,4		1,1%	
efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.3.1	tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	15,50	15,50	<20	3,0%	100,0		3,0%	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**Cure Primarie Zona VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.2.1	tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	4,77	23,85	<9	3,0%	100,0		3,0%	
efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.1	tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	41,35	46,52	<141	3,0%	100,0		3,0%	
qualità clinica	C5.1	% re-ricoveri entro 30gg	4,87%	5,49%	4,50%	6,1%	100,0		6,1%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>93,9%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>87,4%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>93,0%</b>	



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**U.F. Hospice e Cure Palliative**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione gestione Percorso Cure Palliative	P30	% Ricoveri Temporanei in Hospice/Totale Ricoveri Hospice	19,56%	30,76%	> 15%	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione gestione Percorso Cure Palliative	P20	Pazienti deceduti in UO Oncologia con Degenza inferiore 72 h vs 2012	44	26	-20%	10,0%	100,0		10,0%	
Potenziamento Assistenza Domicilare Oncologica	P40	Pazienti terminali oncologici presi in carico vs 2012	46	52	+ 5%	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione gestione Percorso Cure Palliative	P50	% Ricoveri in Hospice con Degenza Media > 20 gg			< 30%	5,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° personale con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Debito informativo	Q30	Alimentazione costante e corretta del flusso RFC 119		99,52%	si	10,0%	100,0		10,0%	il dato corrisponde alla corretta identificazione del cittadino
Ottimizzazione gestione PEG	Q30	Stesura e applicazione condivisa con la U.O. Endoscopia Digestiva e Malattie App. Dig. di una Procedura Operativa per la riduzione dei tempi di attesa per confezionamento PEG		si	si	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione gestione Accessi Venosi Centrali	Q20	Stesura e applicazione condivisa con la U.O. Anestesia e Rianimazione di una Procedura Operativa per la riduzione dei tempi di attesa per inserimento CVC		si	si	5,0%	100,0		5,0%	
Promozione modelli organizzativi	Q10	Stesura e applicazione di almeno 3 procedure gestionali del percorso assistenziale di cure palliative del paziente oncologico nel territorio (L.38/2010)		si	si	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Capacità di governo della rete Cure Palliative	E30	Tasso di occupazione posti letto Hospice	83,02%	85,61%	> 85%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione spesa diagnostica	E20	Prescrizioni di diagnostica per immagini			-5%	10,0%		REDISTR		dato poco significativo per la struttura
Capacità di governo delle Cure Palliative domiciliari nella Zona PdL	E10	Pieno utilizzo budget per Convenzione con Ass. Don Baroni		si	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
integrazione ospedale territorio	C8a.1	% ricoveri > 30gg per patologia oncologica	2,64	1,24	0,86%	5,0%	78,7		3,9%	
qualità clinica	C5.1	% re-ricoveri entro 30gg per patologia oncologica	9,09%	8,22%	<4,5%	5,0%	19,0		0,9%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaci	B4 1.1	Consumo Farmaci Oppioidi		0	> media regionale	5,0%	0,0		0,0%	il dato si riferisce alla valutazione MeS dell'indicatore B4.1.1
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>74,9%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>88,1%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Anestesia - VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	20,0%	100,0		20,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P20	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	1,27	1,30	+ 6%	15,0%	100,0		15,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir) TOTALE PRESIDIO
<b>Indicatori Qualità</b>										
Contenimento delle infezioni	Q10	N° insorgenza di infezioni/gg ventilaz assistita			<2012	10,0%		REDISTR		Obiettivo non appropriato: in Valle non c'è rianimazione o terapie intensive
Qualità del percorso chirurgico	Q20	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,80%	0,32%	0	15,0%	100,0		15,0%	su tutti gli interventi del blocco; soglia di tolleranza: 1%
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa media per farmaci per intervento	9,7	9,3	≤2012	15,0%	100,0		15,0%	
Appropriatezza Prescrittiva	E20	Spesa media dei dispositivi di assistenza rianimatoria per dimesso	28.889	27.002	-3%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E30	Spesa per prescrizione Ossigeno vs 2012			-5%	5,0%		dato n.d.		n.b: l'anestesia non fa prescrizioni di ossigeno. L'ossigeno che consuma il reparto fa parte delle spese generali del presidio
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Qualità Clinica	C5.8	% Ventilazione meccanica non invasiva	20,25	20,11	>20%	10,0%	100,0		10,0%	dato aziendale
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Anestesia e Rianimazione**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione della degenza	P30	Tasso di mortalità in Rianimazione aggiustato per SAPS 2 per 100 dimessi vs 2012	104%	92%	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° Dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P20	Aumento N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012		raggiunto da 3 strutture su 6	+ 10%	10,0%	50,0		5,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir) TOTALE PRESIDIO
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso chirurgico	Q20	N° interventi programmati in nota e rinviati	0,23%	0,40%	0	20,0%	100,0		20,0%	su tutti gli interventi del blocco; soglia di tolleranza: 1%
Contenimento delle infezioni	Q10	N° di Infezioni/gg ventilaz assistita			<2012	15,0%		Manca dato di confronto		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Dispositivi	E20	Spesa media dei dispositivi di assistenza rianimatoria per dimesso vs 2012	214	182	-5%	13,0%	100,0		13,0%	
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E30	Spesa per prescrizione Ossigeno vs 2012			-5%	10,0%		dato n.d.		n.b: l'anestesia non fa prescrizioni di ossigeno. L'ossigeno che consuma il reparto fa parte delle spese generali del presidio
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa media per farmaci per dimesso	191	200	≤2012	7,0%	0,0		0,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Qualità Clinica	C5.8	% Ventilazione meccanica non invasiva	20,25	20,11	>20%	10,0%	100,0		10,0%	dato aziendale
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>63,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>84,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Centrale Operativa 118**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° Dirigenti medici con Debito Orario		12,539184953	0	5,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Utilizzo Sistema Integrato Radio-Software di trasmissione stato mezzi di soccorso	P30	Creazione dell'anagrafica e identificazione ambulanza/selettive radio		SI	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Utilizzo Sistema Integrato Radio/Software di trasmissione stato mezzi di soccorso	P40	% Associazioni di volontariato che utilizzano correttamente il nuovo sistema (invio messaggi di stato)		100	90%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Preparazione per il trasferimento nel nuovo ospedale	Q20	Formazione 118/PS e Operatori Sanitari e Volontariato per Proc. Attivazione Trasferimento		SI	si	40,0%	100,0		40,0%	
Appropriatezza prescrittiva dei trasporti richiesti dal MMG	Q30	Formazione delle Associazioni di volontariato		100	100%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione emergenza territoriale	E10	Estensione entro Giugno della Ambulanza Infermieristica h 24		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	
Governo spesa trasporti sanitari	E40	Rispetto del limite di spesa previsto dalla Regione Toscana		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>95,0%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>95,0%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Emodinamica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di ottimizzare alcuni percorsi di cura	P30	Redazione e implementazione di Protocolli specifici (Infarto ST sopra, Infarto Non ST sopra, Piede diabetico, Interventistica sulle fistole AV dei dializzati) entro settembre		100%	si	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda di residenti per interventi di angioplastica coronarica e periferica vs 2012	85,65	87,77	+ 5%	5,0%	40,0		2,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione percorso di cura	Q10	Riduzione eventi avversi vs 2012 (ICD9 CM di morte, shock, trombosi acuta di stent, sanguinamenti)		-2%	-10%	10,0%		REDISTR		da verificare su ICD9 CM, se possibile
Ottimizzazione follow up pazienti	Q30	% pazienti sottoposti ad interventi di angioplastica coronarica seguiti con contatti telefonici		70%	> 60%	10,0%	100,0		10,0%	
Efficacia dell'attività	Q20	Redazione e implementazione di Scheda specifica per follow-up del paziente entro settembre		si	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Spesa per alcuni beni di consumo di emodinamica vs 2012 (mezzo di contrasto, stent, device per emostasi femorale)	1.341.009	1.283.785	-5%	20,0%	85,3		17,1%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa media per farmaci per dimesso vs 2012	166.940	141.395	-5%	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.2.4	Tassi di amputazioni maggiori per diabete	53,49	57,91	≤25%	10,0%	100,0		10,0%	scostamento eccessivamente esiguo (2 soli casi)
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>84,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>93,4%</b>	

**Malattie Cardiovascolari – LU**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	74,23%	75,61%	+ 3%	5,0%	62,0		3,1%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso	Q10	Rispetto indicatori del PDTA dello Scompenso Cardiaco		88	>80%	10,0%	100,0		10,0%	Si conferma il dato positivo
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	% Pazienti con chiara identificazione del medico tutor da parte del paziente		sì	>80%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	11,46	11,36	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa media per farmaci per dimesso vs 2012	96.739,0	79.245,8	-5%	15,0%	100,0		15,0%	
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	6,2	6,13	<6	15,0%	100,0		15,0%	Ridotta drasticamente la % di ricoveri medici brevi (da 10,69% a 3,28%)
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	79,19	85,05	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	25	24,13	<9,50	10,0%	100,0		10,0%	
Efficacia del territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,38	0,46	<0,86%	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	10,69	3,28	< 11%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>98,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>98,1%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Malattie Cardiovascolari – VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	88,21	77,15	+ 3%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	% Pazienti con chiara identificazione del medico tutor da parte del paziente		sì	>80%	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del percorso	Q10	Rispetto indicatori del PDTA dello Scompenso Cardiaco		88	>80%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	6,26	0,6	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa media per farmaci per dimesso vs 2012	46.529,4	43.325,7	-5%	15,0%	100,0		15,0%	
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	6,11	6,84	<6	15,0%	100,0		15,0%	Ridotta la % di ricoveri medici brevi (da 14,74% a 11,76%)
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	111,32	121,53	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	<9,50	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	14,74	11,76	< 11%	5,0%	100,0		5,0%	
Efficacia del territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,2	0	<0,86%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>			<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>100,0%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**OBI e Medicina d'Urgenza**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di filtro Medicina d'Urgenza	P20	% Ricoveri da letti OBI vs 2012	26,47%	25,93%	-10%	10,0%	20,4		2,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	Turnazione dei Medici PS in Medicina d'Urgenza		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Appropriatezza del percorso in Emergenza/Urgenza	Q10	Attivazione Degenza di Medicina d'Urgenza con 12 PL entro GIUGNO 2013		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza del percorso in Emergenza/Urgenza	Q20	Implementazione PDTA specifici condivisi con UO Degenza (Emerrogie digestiva, TIA, Scompenso cardiaco, Anemie)		100	80% Indicatori raggiunti	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E50	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso da OBI e Med. Urg. vs 2012			-3%	10,0%		REDISTR		struttura attiva da novembre 2013; manca dato confronto
Riduzione della Spesa Dispositivi Medici	E40	Spesa Media Dispositivi Medici per dimesso da OBI e Med. Urg.	3,3	3,2	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza del ricovero in Medicina d'Urgenza	E10	% Pazienti dimessi da MU con DM < 72 ore (eccetto deceduti e trasferiti altro Ospedale)	25,00	70,21	>70%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della Spesa farmaceutica	E30	Spesa Media Farmaci per dimesso OBI e Medicina Urgenza	2,4	2,7	≤2012	10,0%	0,0		0,0%	
Efficienza dell'osservazione in OBI	E20	% Pazienti dimessi da OBI con DM < 48 ore (eccetto deceduti e trasferiti altro Ospedale)	99,02	97,41	>90%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E60	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso da OBI e Med. Urg. vs 2012			-3%	10,0%		REDISTR		struttura attiva da novembre 2013; manca dato confronto
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>80,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>62,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>77,6%</b>	



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Pronto Soccorso - VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Appropriatezza del ricovero	P10	% Ricoveri su accessi	16,36	17,84	≤2012	10,0%	0,0		0,0%	
Ottimizzazione Aziendale Risorse Umane	P20	Approvazione progetto Aziendale Medicina d'Urgenza		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Celerità nella presa in carico	Q10	Tempo Medio per accesso tra Triage e Apertura scheda da parte del medico vs 2012	33,760494164	38,091271423	-10%	10,0%	0,0		0,0%	
Efficienza dell'osservazione in OBI	Q20	% Pazienti dimessi da OBI con DM < 48 ore (eccetto deceduti e trasferiti altro Ospedale)	85,59	85,81	>90%	10,0%	5,0		0,5%	non si conoscono i deceduti ed i trasferiti
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della Spesa farmaceutica	E10	Spesa Media Farmaci per accesso	0,8	0,6	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	in relazione al peso degli accessi; al netto dei farmaci occasionali
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso dal PS vs 2012	0,65	0,76	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della Spesa Dispositivi Medici	E20	Spesa Media Dispositivi Medici per accesso	1,50	1,50	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	in relazione al peso degli accessi
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso dal PS vs 2012	1,04	1,26	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Pronto Soccorso	C16.1	% Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	87,93	82,88	≥74%	2,0%	100,0		2,0%	
Pronto Soccorso	C16.7	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	87,89	89,47	≥75%	2,0%	100,0		2,0%	
Pronto Soccorso	C16.4	% Pazienti inviati al ricovero dal PS entro 8 ore	98,71	97,37	>95%	2,0%	100,0		2,0%	
Pronto Soccorso	C16.2	% Pazienti con codice verde visitati entro 1 h	83,92	81,00	≥75%	2,0%	100,0		2,0%	
Pronto Soccorso	C16.3	% Pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza ≤ 4 ore	83,19	79,61	≥98%	2,0%	0,0		0,0%	
Appropriatezza livello di intensità del ricovero	C16.8	% ricoveri da PS inviati entro 24 ore in area critica			<1,4%	10,0%		REDISTR		non presente area critica nel PO VDS
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>58,5%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>65,0%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Pronto Soccorso Lucca**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° Dirigenti medici con Debito Orario		17,326732673	0	5,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Appropriatezza del ricovero	P20	% Ricoveri su accessi	9	9	≤2012	5,0%	100,0		5,0%	sostanzialmente uguale
<b>Indicatori Qualità</b>										
Appropriatezza del percorso in Emergenza/Urgenza	Q20	Attivazione Degenza di Medicina d'Urgenza con 12 PL entro GIUGNO 2013		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	la direzione ha modificato i tempi di attivazione previsti per ottobre-novembre 2013
Celerità nella presa in carico	Q10	Tempo Medio per accesso tra Triage e Apertura scheda da parte del medico vs 2012	188,43257729	130,08116298	-10%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica Strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso dal PS vs 2012	2,99	3,52	-3%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso dal PS vs 2012	2,11	2,31	-3%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della Spesa farmaceutica	E10	Spesa Media Farmaci per accesso	0,4	0,6	≤2012	10,0%	0,0		0,0%	in relazione al peso degli accessi
Riduzione della Spesa Dispositivi Medici	E20	Spesa Media Dispositivi Medici per accesso	1,0	0,9	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	in relazione al peso degli accessi
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione gestione in Pronto Soccorso	C16.1	% Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	61,44	55,07	≥74%	2,0%	0,0		0,0%	
Pronto Soccorso	C16.2	% Pazienti con codice verde visitati entro 1 h	61,98	58,87	≥75%	2,0%	0,0		0,0%	
Pronto Soccorso	C16.7	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	58,75	62,19	≥75%	2,0%	21,2		0,4%	
Appropriatezza livello di intensità del ricovero	C16.8	% ricoveri da PS inviati entro 24 ore in area critica	1,26	1,75	<1,4%	10,0%	0,0		0,0%	
Pronto Soccorso	C16.4	% Pazienti inviati al ricovero dal PS entro 8 ore	96,74	95	>95%	2,0%	100,0		2,0%	
Pronto Soccorso	C16.3	% Pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <= 4 ore	71,69	69,33	≥98%	2,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>67,4%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>67,4%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Analisi Chimico Cliniche**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione tempi di risposta verso i reparti	P30	% Esami ematochimici richiesti dai reparti (Elettroliti, Emocromo, Transaminasi, Creatinina) e refertati entro 180 minuti dalla richiesta		SI	> 90%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N. Dirigenti Medici della U.O. con debito Orario		6,1162079511	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Integrazione nel Progetto NET-Visual DEA	P10	% Esami ematochimici richiesti dal PS e refertati entro 60 minuti dalla richiesta		SI	> 90%	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Aumento dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG	Q20	Attivazione della procedura informatica "guidata" finalizzata all'appropriatezza prescrittiva				10,0%		REDISTR		Obiettivo non raggiunto in quanto non è stata ancora approvata da parte di ESTAV la proposta di implementazione del programma informatico necessario per la procedura.
Ottimizzazione della fase preanalitica	Q30	Predisposizione su Internet delle Regole di buona pratica preanalitica		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	<a href="http://www.usl2.toscana.it/esami_laboratotio.php">www.usl2.toscana.it/esami_laboratotio.php</a>
Rinnovo Certificazione ISO 9001	Q10	Ottenimento certificato		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	rinnovata in data 22/7
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Piano Trasporti Nuovo Ospedale	E30	Stesura Piano Operativo Trasporto Leggero		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	piano formalizzato
Piano Operativo Nuovo Ospedale	E20	Stesura Piano Operativo di Trasferimento NH		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	piano formalizzato
Programmazione layout Nuovo Ospedale	E10	Stesura progetto esecutivo arredi Nuovo Ospedale entro Giugno		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	progetto approvato
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>90,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Banca Cornee**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N. Dirigenti Medici della U.O. con debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione dei fattori produttivi	P20	Costi materiali di consumo/N. cornee in carico	170.078,00	162.270,00	≤ 2012	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso e accreditamento	Q20	Ottenimento Certificazione ISO 9001		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Accreditamento da parte del Centro Nazionale Trapianti	Q20	Ottenimento Accreditamento		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
Miglioramento della sicurezza del ricevente	Q10	Screening rapido della crescita microbiologica per i terreni di trasporto cornee			si	5,0%		REDISTR		Ritardo da parte dell'ESTAV nord ovest. Alla data odierna (21 Marzo 2014) non è ancora stata effettuata Determina ESTAV. Obiettivo riproposto per l'anno 2014.
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Informatizzazione dell'attività	E10	Attivazione Lista Unica Regionale per prenotazione e richieste via web entro settembre		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	
Informatizzazione dell'attività	E20	Gestione informatica delle Schede Post-trapianto		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione costi terreni di coltura	E30	Costi 2012/N.° cornee in carico	134,64	118,60	≤ 2012	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>95,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	

## Diagnostica ed Interventistica ecografica

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Efficienza di Risposta alla Domanda per esterni	P30	% di Prestazioni di Ecografia Diagnostica ed Interventistica di priorità Urgente erogate entro 48 h ore dalla richiesta tramite CUP	99	99	>95 %	15,0%	100,0		15,0%	
Efficienza di Risposta alla Domanda per interni	P20	% di Prestazioni di Ecografia Diagnostica e Interventistica erogate entro 24 h ore dalla richiesta tramite GPI	88,3	91,9	>88 %	15,0%	100,0		15,0%	
Capacità Produttiva della UOS	P10	N. Complessivo prestazioni erogate (Fonte dati RIS) vs 2012	13238	14631	+ 2%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione percorso paziente uremico	Q40	Completamento formazione di almeno 1 operatore per il mappaggio egografico preoperatorio nel confezionamento del fistole AV entro settembre		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Redazione progetto operativo per il NH	Q30	Redazione percorso operativo per l'ecografia diagnostica di 1 livello presso il Campo di Marte nel nuovo assetto di Casa della Salute condiviso con AFT		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	Consegnato a DS progetto operativo
Appropriatezza esame diagnostici	Q20	Redazione condivisa con i prescrittori ortopedici sulla attività di ecografia muscolo-scheletrica		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza esame diagnostici	Q10	Implementazione offerta di studio ecografico come mezzo di contrasto vs 2012	12559	14056	+ 5%	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Contenimento fattori produttivi	E10	Costo dispositivi medici utilizzati per paziente vs 2012	2,07	1,98	-2%	10,0%	100,0		10,0%	
Contenimento consumo MDC	E 20	Costo MDC utilizzato per paziente vs 2012	48,41	50,32	-3%	10,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>90,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>90,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Diagnostica Senologica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N. Dirigenti Medici della U.O. con debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione delle attività preoperatoria in collaborazione con il Chirurgo Senologo	Q10	Redazione procedura operativa per il Nuovo Ospedale		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	VEDI PROCEDURA ALLEGATA
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione dei percorsi	E20	Tempo di attesa per le mammografie cliniche	13,55	32,48	-10%	25,0%	0,0		0,0%	Tempo attesa su I° disponibilità
Ottimizzazione produzione mammografia clinica	E10	N. di prestazioni di mammografie cliniche prodotte	2393	2553	+3%	25,0%	100,0		25,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.1.1	Adesione allo screening mammografico	57,46	69,14	> 80%	20,0%	52,0		10,4%	
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>65,4%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>65,4%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Medicina Nucleare**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N. Dirigenti Medici della U.O. con debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Piano Operativo Nuovo Ospedale	P10	Rispetto del Cronoprogramma Tecnologie Sanitarie e Fisica Sanitaria per Trasferimento NH		si	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Buone pratiche per l'impiego di radiofarmaci	Q20	% di Verifiche Microbiologiche negative		75%	100%	15,0%	100,0		15,0%	il quarto tecnico è stato spostato in radiologia
Promozione appropriatezza indicazioni PET-TC	Q10	N° richieste inappropriate secondo protocollo/N° richieste		3% di pz inappropriati o non presentati	<5%	10,0%	100,0		10,0%	6,79 pz effettuati per 149 ordini di FDG
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Consolidamento attività MOC	E10	% Tempi di attesa entro 30 giorni	89,40	99,65	100%	15,0%	96,7		14,5%	valutato fino a 30/06 perché successivamente TSRM mancante (L.104)
Utilizzo ottimale radiofarmaci tecneziati per Scintigrafie Renali	E30	Pazienti iniettati per Scintigrafie Renali/Ordinativi DTPA vs 2012	2,04	3,13	+3%	15,0%	100,0		15,0%	
Utilizzo ottimale radiofarmaco 18 per PET	E20	Pazienti iniettati per PET/Ordinativi FDG vs 2012	6,04	6,8	+2%	25,0%	100,0		25,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>99,5%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>99,5%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**radiologia lucca**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P30	N. Dirigenti Medici della U.O. con debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione dei Tempi di refertazione Rd Trad. per il Pronto Soccorso	P20	% Prestazioni di Radiologia tradizionale richieste dal PS e refertate entro 30 minuti dalla richiesta	91%	94%	> 90%	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione dei Tempi di refertazione TC per il Pronto Soccorso	P10	% Prestazioni di TC richieste dal PS e refertate enti 60 minuti dalla richiesta	94%	96%	> 80 %	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione percorso prescrittivo per TC e RM	Q20	Redazione e implementazione Percorso di Radiologia Clinica entro Maggio		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	Instaurati percorsi regionali
Ottimizzazione percorso diagnostico Cerebropatie vascolari	Q30	Formazione medici e implementazione dell'AngioTC entro 30 settembre		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Completamento Percorso Diagnostica Senologica	Q10	Attivazione e produzione prestazioni RM Mammaria		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	In corso addestramento:inizio attività NH
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Contributo nella formazione dei TSRM	E40	% TSRM formati in almeno due metodiche			100%	5,0%		REDISTR		Di competenza del dirigente della professione
Ottimizzazione tempi di refertazione TC e RM per pazienti ricoverati	E50	% Prestazioni richieste dai reparti di degenza e refertate entro 48 ore dalla richiesta	0,92	0,98	> 95%	20,0%	100,0		20,0%	
Potenziamento offerta diagnostica c/o CSS Marlia	E30	Riattivazione Polo Diagnostico c/o CSS Marlia con procedure ad hoc entro Aprile		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Incremento Produttività TC per esterni	E20	N. Prestazioni TC vs 2102 (87.03/87.03.1/87.41.1/88.01.1/88.01.2/88.01.3/88.01.4/88.01.5/88.01.6/88.38.1/88.38.2/88.38.5)	5399	5842	+10%	10,0%	82,1		8,2%	escluso prestazioni per PS; fonte RIS
Incremento Produttività RM per esterni	E10	N. Prestazioni RM vs 2102 (88.91.1/88.91.2/88.93/88.93.1/88.94.1)	4469	4571	+2%	10,0%	100,0		10,0%	escluso prestazioni per PS; fonte RIS
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza Diagnostica	C13.2.2	Tasso di prestazioni RM, extra PS, per 1000 residenti	91,5	80,05	<73	3,3%	61,9		2,1%	Valore Mes Aziendale
Appropriatezza Diagnostica	C13.2.5	Tasso grezzo di prestazioni di RX tradizionale		225,46	<450,9	3,3%	100,0		3,3%	Valore Mes Aziendale
Appropriatezza Diagnostica	C13.2.1	Tasso di prestazioni TC, extra PS, per 1000 residenti	60,01	57,01	<58	3,3%	100,0		3,3%	Valore Mes Aziendale
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>91,9%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>96,8%</b>



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**radiologia vds**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione dei Tempi di refertazione Rd Trad. per il Pronto Soccorso	P20	% Prestazioni di Radiologia tradizionale richieste dal PS e refertate entro 30 minuti dalla richiesta	92,00%	93%	> 40%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P30	N. Dirigenti Medici della U.O. con debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione dei Tempi di refertazione TC per il Pronto Soccorso	P10	% Prestazioni di TC richieste dal PS e refertate entro 60 minuti dalla richiesta	97,00%	96,00%	> 80 %	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione percorso di prenotazione	Q20	Rimodulazione Agende Cup e abolizione del fenomeno "agende chiuse" entro Maggio			si	5,0%		REDISTR		azione non messa a regime per mancanza di personale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione tempi di refertazione TC e RM per pazienti ricoverati	E50	% Prestazioni richieste dai reparti di degenza e refertate entro 48 ore dalla richiesta	85,00%	86,00%	> 90%	20,0%	20,0		4,0%	
Contributo nella formazione dei TSRM	E40	% TSRM formati in almeno due metodiche		100%	100%	15,0%	100,0		15,0%	
Incremento Produttività TC per esterni	E20	N. Prestazioni TC vs 2102 (87.03/87.03.1/87.41.1/88.01.1/88.01.2/88.01.3/88.01.4/88.01.5/88.01.6/88.38.1/88.38.2/88.38.5)	929	1052	+10%	10,0%	100,0		10,0%	escluso prestazioni per PS; fonte RIS
Incremento Produttività RM per esterni	E10	N. Prestazioni RM vs 2102 SOLO ARTICOLARI (88.91.1/88.91.2/88.93/88.93.1/88.94.1)	399	540	+10%	10,0%	100,0		10,0%	escluso prestazioni per PS; fonte RIS
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza Diagnostica	C13.2.5	Tasso grezzo di prestazioni di RX tradizionale		225,46	<450,9	5,0%	100,0		5,0%	Valore Mes Aziendale
Appropriatezza Diagnostica	C13.2.2	Tasso di prestazioni RM, extra PS, per 1000 residenti	91,5	80,05	<73	5,0%	61,9		3,1%	Valore Mes Aziendale
Appropriatezza Diagnostica	C13.2.1	Tasso di prestazioni TC, extra PS, per 1000 residenti	60,01	57,01	<58	5,0%	100,0		5,0%	Valore Mes Aziendale
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>77,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>81,2%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Dermatologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P30	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	50,12	50,72	>10%	10,0%	12,0		1,2%	calcolato sul valore economico dell'attività ambulatoriale
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° personale con Debito Orario		8,98	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di governo dei Tempi di attesa	P20	% Prime Visite entro 15 gg	99,89	99,81	> 80%	20,0%	100,0		20,0%	fonte: flusso TAT su prima disponibilità su viste urgenti
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione attività presso Campo di Marte	Q10	Redazione Piano Operativo per erogazione Prestazioni Ambulatoriali presso Campo di Marte		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione del rischio clinico	Q20	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q30	MM&R		15	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	11.514	8.427	-5%	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Tempi attesa Interventi Chirurgici Ambulatoriali	E30	% Interventi con Tempo attesa < 60 Giorni	80,1	80,6	>80%	10,0%	100,0		10,0%	attesa I disponibilità su prestazioni <> da visita
Ottimizzazione utilizzo farmaci biologici	E20	Spesa per farmaci vs 2012	537.787,23	653.013,77	-2%	10,0%	0,0		0,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	2,1	0	0%	5,0%	100,0		5,0%	
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>81,2%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>81,2%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Diabete e Malattie Metaboliche**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° personale con Debito Orario		16,279069767	0	5,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda	P20	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012		97,25	>10%	5,0%	100,0		5,0%	% residenti diabetici in carico; valore prossimo al 100%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del rischio clinico	Q40	MM&R		6	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q30	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Qualità del Percorso	Q10	% Prime visite specialistiche con tempo attesa entro 30 giorni			>90%	10,0%		REDISTR		non isolabile su flusso TAT
Ottimizzazione attività presso Campo di Marte	Q20	Redazione Piano Operativo per erogazione Prestazioni Ambulatoriali presso Campo di Marte		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	Il protocollo d'intesa è stato redatto tra la SS Diabetologia e Malattie Metaboliche e i MMG dell'Azienda sotto la supervisione delle due Zone Distretto.
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa per dispositivi medici	E20	Spesa per dispositivi medici vs 2012	13.644	13.402	-5%	20,0%	35,4		7,1%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	896	822	-5%	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti	C11a.2.1	N. di ricoveri per diabete /popolazione residente (20-74 anni) x 100.000 rispetto 2012	4,39	14,45	-5%	5,0%	100,0		5,0%	
Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	C11a.2.4	N. di amputazioni maggiori x 1.000.000/popolazione residente rispetto 2012	53,49	57,91	-5%	5,0%	100,0		5,0%	scostamento eccessivamente esiguo (2 soli casi)
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>72,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>80,1%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Governo dei Percorsi di Riabilitazione**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Miglioramento percorso pazienti da UO Neurologia a Cod 56	P30	% pazienti con accesso diretto in Riabilitazione secondo PDTA		100	>90%	5,0%	100,0		5,0%	43/43 ANNO 2013
Ottimizzazione spesa per Ausili	P40	Spesa per Ausili vs 2012	2.944.444	2.675.901	-10%	15,0%	91,2		13,7%	
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	P50	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore	100	100	>90%	5,0%	100,0		5,0%	Scala Barthel entrata e uscita su tutte le cartelle cliniche 305/305 : 2013 --- 289/289 : 2012
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	6183,0%	6716,0%	5%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione dei percorsi ex art. 26	Q60	% Autorizzazioni per prestazioni ex art. 26 erogate presso Strutture Esterne all'Azienda		NR	100%	10,0%		dato n.d.		NON RILEVABILE
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		4	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		7	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Q40	% Progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	5,0%	100,0		5,0%	Firme condivise su tutti i PRI in cartelle cliniche e su aggiornamenti in riunioni di Equipe
Miglioramento Percorso Riabilitativo Pazienti dimessi da Dip Medico	Q30	% Corretta compilazione percorso su modulo consulenza		97	97%	5,0%	100,0		5,0%	459/471 ANNO 2013
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico in riab. Cod 56	Q50	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		Tutor è il Medico che firma il PRI	80%	5,0%	100,0		5,0%	
Miglioramento percorso riabilitativo ambulatoriale (protesi anca e ginocchio)	Q40	% Pazienti presi in carico ambulatorialmente entro 10 gg dalla dimissione		95	≥80%	5,0%	100,0		5,0%	307/321 ANNO 2013
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Gestione delle risorse economiche	E30	Rispetto dei tetti di spesa per Struttura Erogante previsti per le prestazioni ex art. 26 (Flusso SPR)			100%	5,0%		REDISTR		Flusso pazienti non interamente controllabile dal direttore della struttura
Riduzione della spesa per dispositivi medici riab. Cod. 56	E20	Spesa Dispositivi Medici per dimesso vs 2012	70,8	53,5	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica riab. Cod 56	E10	Spesa Farmaceutica per dimesso vs 2012	99,2	130,1	-5%	5,0%	0,0		0,0%	farmaci di U.F. Gov.Perc. Riabil. Osped. + territ
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale in Riab. Cod 56	E90	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	13,48	20,63	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>78,7%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>92,6%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Odontostomatologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° personale con Debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di governo dei Tempi di attesa	P20	% Prestazioni Protesiche entro 60 gg		100%	> 80%	20,0%	100,0		20,0%	Tempo attesa pari a zero per tutte le prestazioni effettuate
Capacità di soddisfare domanda	P30	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	62,8%	61,1%	>10%	10,0%	0,0		0,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del rischio clinico	Q20	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione Pazienti non collaboranti	Q40	Redazione Protocollo Operativo per gestione percorso pazienti non collaboranti in ambito ospedaliero		si	si	10,0%	100,0		10,0%	mail inviata a chi di dovere il 12-12-2013 dalla dr.ssa dinelli
Ottimizzazione attività presso Campo di Marte	Q10	Redazione Piano Operativo per erogazione Prestazioni Ambulatoriali presso Campo di Marte		no	si	10,0%		REDISTR		mancato accordo con gli specialisti ambulatoriali
Gestione del rischio clinico	Q30	MM&R		6	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa dispositivi medici	E10	Spesa per dispositivi medici per paziente trattato vs 2012	4,1	3,8	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E20	Spesa per farmaci vs 2012	0,13	0,09	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione Tempi attesa Interventi Chirurgici Ambulatoriali	E30	% Interventi con Tempo attesa < 60 Giorni	99,71%	95,70%	>80%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>88,9%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Riabilitazione Ospedaliera**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Miglioramento percorso pazienti da UO Neurologia a Cod 56	P20	% pazienti con accesso diretto in Riabilitazione secondo PDTA		100	>90%	10,0%	100,0		10,0%	43/43 ANNO 2013
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	P40	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		100	>90%	5,0%	100,0		5,0%	Scala barthel entrata e uscita in tutte i cartelle cliniche 305/305 : 2013 --- 289/289 : 2012
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione spesa per Ausili	P30	Spesa per Ausili vs 2012	2.944.444	2.675.901	-10%	15,0%	91,2		13,7%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico in riab. Cod 56	Q50	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		Tutor è il Medico che firma il PRI	80%	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento Percorso Riabilitativo Pazienti dimessi da Dip Medico	Q40	% Corretta compilazione percorso su modulo consulenza	97	97,452229299	97%	5,0%	100,0		5,0%	
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Q30	% Progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ totale progetti riabilitativi	Non presente	100	≥ 90%	10,0%	100,0		10,0%	Firme condivise su tutti i PRI in cartelle cliniche e su aggiornamenti in riunioni di Equipe
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		4	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		7	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa per dispositivi medici riab. Cod. 56	E20	Spesa Dispositivi Medici per dimesso vs 2012	70,8	53,5	-5%	15,0%	100,0		15,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica riab. Cod 56	E10	Spesa Farmaceutica per dimesso vs 2012	99,2	130,1	-5%	15,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>83,7%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>83,7%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Riabilitazione Territoriale**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	P50	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore	100	100	>90%	5,0%	100,0		5,0%	Scakla Barthel entrata e uscita su tutte le cartelle cliniche 305/305 : 2013 --- 289/289 : 2012
Ottimizzazione spesa per Ausili	P40	Spesa per Ausili vs 2012	2.944.444	2.675.901	-10%	15,0%	91,2		13,7%	
Miglioramento percorsoda UO Neurologia a cod. 56	P30	% pazienti con accesso diretto in Riabilitazione		100%	>90%	10,0%	100,0		10,0%	42/42
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Miglioramento percorso riabilitativo ambulatoriale (protesi anca e ginocchio)	Q40	% Pazienti presi in carico ambulatorialmente entro 10 gg dalla dimissione		95%	≥80%	25,0%	100,0		25,0%	307/321
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		4	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		7	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Miglioramento Percorso Riabilitativo Pazienti dimessi da Dip Medico	Q30	% Corretta compilazione percorso su modulo consulenza		97%	97%	15,0%	100,0		15,0%	459/471
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Q40	% Progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	15,0%	100,0		15,0%	Firme condivise su tutti i PRI in cartelle cliniche e su aggiornamenti in riunioni di Equipe
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>98,7%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>98,7%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Farmacia Ospedaliera**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P40	Incidenza del numero di Unità Internazionali di Fattore VIII a base di DNA ricombinante su Unità Internazionali totali		41,36	<60%	15,0%	100,0		15,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P50	Incidenza del numero di Unità Internazionali di Fattore IX su Unità Internazionali totali		4,80	>35%	15,0%		REDISTR		UN SOLO PAZIENTE
Consulenza per i dipartimenti ospedalieri	E11	N. incontri verbalizzati con i medici dei dipartimenti ospedalieri per ottimizzare la prescrizione dei prodotti farmaceutici agli obiettivi di appropriatezza prescrittiva, farmaco economia e farmaco utilizzazione.		5,00	> = 5	15,0%	100,0		15,0%	med chir sm onco cardio
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P30	Antibiotici - % delle confezioni iniettabili su totale unità posologiche		40,83	<45%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P10	% di Biosimilari - Eritropoietina Alfa, Teta, Zeta (Distribuzione Diretta, DPC, Presidio Ospedaliero - unità internazionali erogate)		66,00	>65%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P20	% di Biosimilari - Eritropoietina Beta (Distribuzione Diretta, DPC, Presidio Ospedaliero - unità posologiche erogate)	28,76	21,40	<15%	10,0%	53,5		5,3%	media regionale 22,8%
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P60	Albumina - Consumo di farmaci a base di albumina per abitante		153,17	< 300 mg	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa Farmaceutica max erogata in Distribuzione Diretta, DPC e consumi interni ai Presidi sanitari	32.112.900,00	34.341.268,28	€ 32.001.586	10,0%	0,0		0,0%	
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>70,3%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>82,8%</b>		



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Farmacia Ospedaliera VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P60	Albumina - Consumo di farmaci a base di albumina per abitante		153,17	< 300 mg	15,0%	100,0		15,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P30	Antibiotici - % delle confezioni iniettabil su totale unità posologiche		40,83	<45%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P40	Incidenza del numero di Unità Internazionali di Fattore VIII a base di DNA ricombinante su Unità Internazionali totali		41,36	<60%	15,0%	100,0		15,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P50	Incidenza del numero di Unità Internazionali di Fattore IX su Unità Internazionali totali		4,80	>35%	15,0%		REDISTR		UN SOLO PAZIENTE
Consulenza per i dipartimenti ospedalieri	E11	N. incontri verbalizzati con i medici dei dipartimenti ospedalieri per ottimizzare la prescrizione dei prodotti farmaceutici agli obiettivi di appropriatezza prescrittiva, farmaco economia e farmaco utilizzazione.		5,00	> = 5	15,0%	100,0		15,0%	med chir sm onco cardio
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P20	% di Biosimilari - Eritropoietina Beta (Distribuzione Diretta, DPC, Presidio Ospedaliero - unità posologiche erogate)	28,76	21,40	<15%	10,0%	53,5		5,3%	media regionale 22,8%
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	P10	% di Biosimilari - Eritropoietina Alfa, Teta, Zeta (Distribuzione Diretta, DPC, Presidio Ospedaliero - unità internazionali erogate)		66,00	>65%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa Farmaceutica max erogata in Distribuzione Diretta, DPC e consumi interni ai Presidi sanitari	32.112.900,00	34.341.268,28	€ 32.001.586	10,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>70,3%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>82,8%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Farmacia Territoriale**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Incremento attività veridica e controllo ricette	P30	Aumento dei controlli mensili sulle ricette spedite in DPC (tecnici e contabili)		100%	incremento >= 50%	13,3%	100,0		13,3%	
Miglioramento Qualità flussi regionali	P20	Adeguamento codifica dispositivi medici assistenza integrativa nel flusso DES (% prodotti codificati su totale)		97%	> =95%	13,3%	100,0		13,3%	
Collaborazione con le AFT	P10	N. incontri verbalizzati con le AFT per ottimizzare la prescrizione dei farmaci in linea con gli obiettivi regionali		16,00	> = 7	13,3%	100,0		13,3%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q140	% pazienti trattati con farmaci soggetti a nota AIFA 79 con almeno 290 unità posologiche all'anno			>55%	2,0%		dato n.d.		
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q50	N° unità posologiche di Sostanze modificatrici dei lipidi (convenzionata, distribuzione diretta, DPC) per 100 abitanti (popolazione pesata) all'anno	72,1	72,40	<30	2,0%		REDISTR		Media Regionale anno 89,8; cambiata nota AIFA che incentiva l'uso del prodotto
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q10	Incidenza dei farmaci presenti nelle Liste di Trasparenza deve rappresentare, almeno il 72% del totale delle confezioni erogate in regime convenzionale	66,9	72,60	> Media RT	2,0%	100,0		2,0%	Media Regionale anno 73,1- obv. reg.le 72
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q20	Numero inibitori della pompa acida (convenzionata, distribuzione diretta, DPC) - unità posologiche all'anno per assistito pesato	28,6	27,30	<18	2,0%	48,1		1,0%	Media Regionale anno 29,2; best practice 25,9
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q40	Adesione alla terapia a base di Inibitori della HMG CoA riduttori associati e non associati - pazienti trattati con almeno 290 unità posologiche all'anno;			>45%	2,0%		dato n.d.		
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q60	Inibitori Selettivi della Serotonina - N° Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die	61,80	57,30	< Media RT	2,0%	36,0		0,7%	Media Regionale anno 49,3
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q80	Altri antidepressivi (convenzionata, distribuzione diretta, DPC) - N° Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die	14,30	13,90	< Media RT	2,0%	20,0		0,4%	Media Regionale anno 12,3
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q100	Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati (convenzionata) - n° unità posologiche sul totale delle unità posologiche erogate	45,60	45,10	< Media RT	2,0%	33,3		0,7%	Media Regionale anno 44,1
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q120	Incidenza delle confezioni iniettabili (convenzionata) sul totale di antibiotici	30,70	28,70	< Media RT	2,0%	37,7		0,8%	Media Regionale anno 25,4

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Farmacia Territoriale**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q160	Consumo farmaci a base di morfina associata e non associata (convenzionata, distribuzione diretta, DPC) pro-capite calcolato sulla popolazione pesata	2,40	2,50	>7 mmg	2,0%	3,7		0,1%	Media Regionale anno 2,4; best practice 5,1
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q170	Farmaci a base di morfina associata e non associata (convenzionata, distribuzione diretta, DPC) % dosi erogate su totali dosi	6,30	6,20	>10%	2,0%	0,0		0,0%	Media Regionale anno 6,4
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q150	% pazienti con 65 anni e + (ricovero per frattura di femore) trattati con farmaci soggetti a nota AIFA 79 con almeno 290 unità posologiche all'anno			>70%	2,0%		dato n.d.		
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q180	Consumo di farmaci Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie (convenzionate) sul totale delle dosi dei farmaci Adrenergici per aerosol	62,90	62,70	< Media RT	2,0%	50,0		1,0%	Media Regionale anno 62,5
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q110	Antibiotici (convenzionata, distribuzione diretta, DPC) - N° Dosi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die	31,40	24,10	< Media RT	2,0%	84,9		1,7%	Media Regionale anno 22,8
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q130	Bifosfonati - N° dosi sul totale dosi di Farmaci che agiscono su struttura ossea e mineralizzazione	62,80	66,30	> Media RT	2,0%	100,0		2,0%	Media Regionale anno 65,8
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q30	Statine non coperte da brevetto - (convenzionata) unità posologiche erogate su totale delle unità posologiche	83,9	86,40	> Media RT	3,0%	100,0		3,0%	Media Regionale anno 86,2
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q90	Altri antidepressivi (convenzionata) a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche	82,90	83,10	>90%	3,0%	5,7		0,2%	Media Regionale anno 80,2; best practice 86,4
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa Farmaceutica erogate in regime convenzionale	31836439,36	30.753.261,00	€ 28.527.196	3,0%	65,9		2,0%	Best practice raggiunto al 49,65; %ragg asl2=32,7
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	E20	Antagonisti dell'Angiotensina II associati e non associati (convenzionata) - molecole non coperte da brevetto - unità posologiche erogate sul totale delle unità posologiche	73,7 e 58,3	media 87,4	> Media RT	3,0%	100,0		3,0%	Media Regionale anno 87,4
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	E30	ACE inibitori non associati (convenzionata) - molecole non coperte da brevetto - unità posologiche erogate sul totale delle unità posologiche	98,40	98,40	> Media RT	3,0%	0,0		0,0%	Media Regionale anno 99

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Farmacia Territoriale**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	E40	ACE inibitori associati (convenzionata) - molecole non coperte da brevetto - unità posologiche erogate sul totale delle unità posologiche	82,50	82,80	>Media RT	3,0%	60,0		1,8%	Media Regionale anno 83
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	E50	Derivati diidropiridinici (convenzionata) molecole non coperte da brevetto - unità di unità posologiche erogate sul totale delle unità posologiche	93,10	92,50	>95%	3,0%	0,0		0,0%	Media Regionale anno 92,5
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	E60	Fluorochinoloni (convenzionata) - molecole non coperte da brevetto - dosi erogate sul totale delle dosi	90,10	89,50	>95%	3,0%	0,0		0,0%	Media Regionale anno 91,6
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	Q70	Inibitori Selettivi della Serotonina (convenzionata) a base di molecole noncoperte da brevetto sul totale delle unità posologiche.	84,60	85,60	>90%	3,0%	25,0		0,8%	Media Regionale anno 84,2; best practice 88,6
Efficienza Prescrittiva Farmaceutica	E70	Bifosfonati associati e non (convenzionata) - molecole non coperte da brevetto - dosi erogate sul totale delle dosi	62,60	66,20	>Media RT	3,0%	100,0		3,0%	Media Regionale65,8
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>92,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>64,0%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>69,5%</b>

**Farmacoeconomia e Farmacovigilanza**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Farmacovigilanza	P10	Raggiungimento del GOLD STANDARD dell'OMS di segnalazioni per milione di abitante		464	>300	20,0%	100,0		20,0%	
Dispositivovigilanza	P40	Numero di segnalazioni per 100.000 Giornate di Degenza (Giornate di RO + Day Hospital).			>15	30,0%		REDISTR		indicatore non assegnato dalla RT alle aziende Asl ma solo alle aziende ospedaliere
Dispositivovigilanza	P30	Numero di segnalazioni per Milione di abitanti.		40,09	>150	20,0%		REDISTR		mancata disponibilità di risorse di farmacista dedicate
Farmacovigilanza	P20	Raggiungimento delle segnalazioni per 100.000 Giornate di Degenza (Giornate di RO + Day Hospital).			>100	30,0%		REDISTR		indicatore non assegnato dalla RT alle aziende Asl ma solo alle aziende ospedaliere
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>20,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>20,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>100,0%</b>

**Sviluppo di processi di integrazione socio-sanitaria**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Definizione di Protocolli operativo (Check List) per attività di ispezione e controllo della Commissione Idoneità Strutture Socio Assistenziali	P30	Predisposizione del protocollo		100%	sì	10,0%	100,0		10,0%	
Verifica percorsi di accreditamento RSA aziendali e convenzionate secondo Legge Regionale 82/09	P10	N.procedure accr.to RSA verificate/totale Procedure RSA presentate		100%	>=50%	40,0%	100,0		40,0%	
Aggiornamento regolamento di funzionamento della Commissione Idoneità delle Strutture Socio Assistenziali	P20	Predisposizione del regolamento		100%	sì	30,0%	100,0		30,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Individuazione delle diverse tipologia di offerta aziendale delle strutture residenziali per pazienti della salute mentale in traccordo con i Direttori di Zona-Distretto	Q30	Predisposizione del report		100%	sì	5,0%	100,0		5,0%	
Regolamentazione modalità di compartecipazione al proprio mantenimento per ospiti inseriti in strutture di salute mentale in raccordo con i Direttori di Zona-Distretto	Q20	Predisposizione del regolamento		100%	sì	5,0%	100,0		5,0%	
Ripartizione tra ASL e Comuni della spesa nei percorsi di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali della salute mentale in raccordo con i Direttori di Zona Distretto	Q10	Predisposizione del protocollo		100%	sì	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SC Direzione Medica Pres. Osped. H Lucca**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Apertura nuovo ospedale	P20	Rispetto cronoprogramma aziendale trasferimento nuovo ospedale		SI	sì	35,0%	100,0		35,0%	
Progetto Net Visual DEA	P40	Applicazione visual hospital al Dipartimento Medico		SI	sì	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° dirigenti medici con Debito Orario >20h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità della documentazione sanitaria	Q10	Controllo qualità su SDO/cartella		SI	sì	5,0%	100,0		5,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	Redazione percorsi gestione intraospedaliera per le patologie provenienti dal PS		SI	>8 percorsi	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza del percorso in Emergenza/Urgenza	Q50	Attivazione Degenza di Medicina d'Urgenza entro 30 novembre 2013		SI	sì	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza nell'uso della risorsa posto letto	E10	Riorganizzazione delle degenza del dipartimento medico per intensità di cura		SI	sì	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Performance sanitaria Bersaglio	Mes1	% indicatori MeS raggiunti		76,923076923	1	5,0%	76,9		3,8%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>98,8%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>98,8%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SC Direzione Medica Pres. Osped. H VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Qualità</b>										
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	redazione percorsi gestione intraospedaliera per le patologie provenienti dal PS		gestione e trasporto al P.O. Di Lucca casi Mers ; gestione emorragie digestive in urgenza, gestione intraosp paz. Con ing. Sostanze caustiche, attivazione pronta dispon. Emergenze endoscopia digestiva, isol germi multiresistenti ( procedure in comune con	>=4	20,0%	100,0		20,0%	
Qualità e sicurezza delle strutture sanitarie	Q30	verifica dei requisiti organizzativi e procedurali per l'autorizzazione all'esercizio SO Ospedaliero di Castelnuovo - edificio A		effettuato verbale presente UO qualità	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Qualità della documentazione sanitaria	Q10	Controllo qualità su SDO/cartella		dati inviati regione controllo qualità raggiunto e superato	si	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione canale distributivo farmaci	E30	Valore distribuzione diretta [da Luglio]	407353,08	440408,32	≥2012	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della spesa di esami ematochimici e diagnostica strumentale	E50	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012 [da Luglio]		-8%	-0	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	E10	Spesa per farmaci vs 2012 [da Luglio]	246,2	227,3	-0	5,0%	100,0		5,0%	costo per punto drg; escluso farmaci per malattie rare
Riduzione della spesa Dispositivi Medici	E40	spesa per dispositivi medici vs 2012 [da Luglio]	407,3	395,7	-0	5,0%	100,0		5,0%	costo per punto drg
Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	E20	Rispetto Obiettivi farmaceutica ospedaliera assegnati da Regione Toscana	32.112.900,00	34.341.268,28	valori RT (32.001.586)	5,0%	0,0		0,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Performance sanitaria Bersaglio	Mes1	% indicatori MeS raggiunti		72,727272727	1	10,0%	72,7		7,3%	



SC Direzione Medica Pres. Osped. H VdS

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
Totale pesi valutati				100,0%	Totale pesi valutati raggiunti		92,3%		% raggiungimento	92,3%

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SS Igiene dei Presidi Ospedalieri**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione e controllo delle procedure connesse alle attività di medicina necroscopica ospedaliera	Q40	Aggiornamento del regolamento ospedaliero di polizia mortuaria		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione del percorso di sterilizzazione e disinfezione	Q10	Revisione della procedura operativa nei PP.OO		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere	Q50	Redazione di un protocollo operativo per la sorveglianza attiva delle infezioni ospedaliere in Rianimazione		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione dei percorsi in Blocco Operatorio	Q20	Revisione dlle linee guida relative ai comportamenti del personale ed ai percorsi dei materiali e dei pazienti nelle sale operatorie		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione dei percorsi di sanificazione	Q30	Effettuazione controlli di qualità relativi al contratto stipulato con il fornitore		SI	controlli quadrimestrali	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
coordinamento, sorveglianza e controllo sulla gestione dei rifiuti ospedalieri	E10	Riduzione spesa di rifiuti pericolosi infettivi (speciali)		SI	<=anno 2012	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Ostetricia e Ginecologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Incremento attività chirurgica	P20	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	764,13	899,91	10%	5,0%	100,0		5,0%	
capacità di soddisfare domanda (RO+OBI)	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	67,12%	71,16%	>70%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P40	N° dirigenti medici con Debito Orario		9,0909090909	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P30	N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	1,97	1,90	10%	5,0%	0,0		0,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
<b>Indicatori Qualità</b>										
Riorganizzazione attività e personale in logica di rete	Q10	Rotazione del personale tra Presidi Ospedalieri	si	SI	si	20,0%	100,0		20,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			80%	5,0%		REDISTR		
Ottimizzazione dei tempi attesa: visite ginecologiche	Q40	% visite ginecologiche con tempo di attesa <15 gg	87,39	47,16	>50%	5,0%	0,0		0,0%	fonte: flusso TAT su prima disponibilità
Ottimizzazione percorso oncologico/chirurgico	Q20	% interventi chirurgici oncologici con partecipazione al GOM	100%	100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Efficienza Operativa di ricovero	E10	Degenza media (numero di giorni)	3,45	3,3	<3,3	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	1,25	0,60	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	24,85	21,96	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Riduzione Spesa dispositivi medici per dimesso vs 2012	240.853	201.004	-5%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione dei tempi attesa ecografia ginecologica	B21.6	% ecografia ginecologiche garantite entro 30 gg	53,18	64,89	>43%	1,7%	100,0		1,7%	fonte: flusso TAT su prima disponibilità
appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	43,24	43,51	<17%	1,7%	100,0		1,7%	best performance in toscana
Qualità Clinica	C7.3	% episiotomie (NTSV)	19,85%	27,09%	<20%	1,7%	0,0		0,0%	
Qualità Clinica	C7.1	% parti cesarei (NTSV)	18,61%	21,21%	<20,90%	20,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>63,3%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>66,7%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Ostetricia e Ginecologia - VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P40	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Migliore utilizzo sale operatorie	P30	N° medio interventi per seduta operatoria vs 2012	1,42	1,32	10%	5,0%	0,0		0,0%	nr interventi per ora di sala (ponderato per peso medio drg chir)
Incremento attività chirurgica	P20	Incremento Punti totali DRG chirurgici prodotti vs 2012	257,0611	209,9514	10%	5,0%	0,0		0,0%	calcolato soltanto su DRG ginecologici
capacità di soddisfare domanda (RO+OBI)	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	90,45%	89,99%	>70%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione percorso oncologico/chirurgico	Q20	% interventi chirurgici oncologici con partecipazione al GOM		100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			80%	5,0%		REDISTR		
Riorganizzazione attività e personale in logica di rete	Q10	Rotazione del personale tra Presidi Ospedalieri		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione dei tempi attesa: visite ginecologiche	Q40	% visite ginecologiche con tempo di attesa <15 gg	90	50,76	>50%	5,0%	100,0		5,0%	fonte: flusso TAT su prima disponibilità
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	6,41	0,00	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	6,96	8,69	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Riduzione Spesa dispositivi medici per dimesso vs 2012	117.139,8	101.139,3	-5%	5,0%	100,0		5,0%	
Efficienza Operativa di ricovero	E10	Degenza media (numero di giorni)	3,4	3,3	<3,3	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione dei tempi attesa ecografia ginecologica	B21.6	% ecografia ginecologiche garantite entro 30 gg	61,34	79,7	>43%	1,7%	100,0		1,7%	fonte: flusso TAT su prima disponibilità
appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	30,3	40	<17%	1,7%	100,0		1,7%	best performance in toscana
Qualità Clinica	C7.1	% parti cesarei (NTSV)	27,23%	24,89%	<20,90%	20,0%	37,0		7,4%	
Qualità Clinica	C7.3	% episiotomie (NTSV)	21,46%	14,28%	<20%	1,7%	100,0		1,7%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>72,4%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>76,2%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Pediatria**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione flusso pazienti pediatrici nel Week End	P30	Soppressione ACAP in sede ospedaliera		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda (RO+OBI)	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	78,97%	80,28%	>70%	5,0%	100,0		5,0%	calcolato in base alla disciplina
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione continuità assistenziale con PLS	Q10	Redigere e implementare progetto con PLS entro Maggio		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Riorganizzazione attività e personale in logica di rete	Q20	Rotazione del personale tra Presidi Ospedalieri		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			80%	5,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E50	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	86,15	61,67	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E40	Degenza media (numero di giorni)	4,71	5,04	<3,4	10,0%	100,0		10,0%	Diminuiti drasticamente i drg medici brevi (da 28,35% a 5,54%)
Ottimizzazione pediatria VdS	E30	Riconversione 10% PPLL Degenza Pediatrica in PPLL OBI		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E20	Spesa per farmaci per dimesso vs 2012	41	38	- 5%	10,0%	100,0		10,0%	in rapporto alle giornate di degenza
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	% Utilizzo biosimilare/nuove diagnosi			100%	15,0%		dato n.d.		
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E60	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	13,20	11,74	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione Attività di ricovero		DRG LEA Medici in RO-DH età <18 anni vs 2012	114	75	-3%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>80,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Pediatria VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda (RO+OBI)	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	94,04%	92,75%	>70%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione continuità assistenziale con PLS	Q10	Redigere e implementare progetto con PLS entro Maggio		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	redatto un protocollo che è stato inserito nel manuale dell'accreditamento
Riorganizzazione attività e personale in logica di rete	Q20	Rotazione del personale tra Presidi Ospedalieri		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			80%	5,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E60	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	0,83	0,00	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	% Utilizzo biosimilare/nuove diagnosi			100%	15,0%		dato n.d.		
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E50	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	13,94	12,43	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E20	Spesa per farmaci per dimesso vs 2012	51.024	47.820	- 5%	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione pediatria VdS	E30	Riconversione 10% PPLL Degenza Pediatrica in PPLL OBI		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	i posti letto della S.S. Pediatria sono utilizzati principalmente per i ricoveri in Osservazione Temporanea
Efficienza Operativa di ricovero	E40	Degenza media (numero di giorni)	3,02	3,01	<3,8	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione Attività di ricovero		DRG LEA Medici in RO-DH età <18 anni vs 2012	9	3	-3%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>80,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>100,0%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Malattie App. Digerente ed Endoscopia Digestiva**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		48,717948718	0	10,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012			>10%	10,0%		REDISTR		Non effettua più attività di ricovero
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso	Q40	Attivazione Reperibilità Notturna e Festiva entro Maggio		sì	si	20,0%	100,0		20,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q50	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			> 50%	5,0%		REDISTR		posti letto non ancora attivati
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		7	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Qualità del percorso	Q30	Rispetto indicatori del PDTA delle Emorragie digestive		100%	>80%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	114.113	67.428	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza Operativa di ricovero	E40	Degenza media (numero di giorni)			<9	10,0%		REDISTR		fa solo dh
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E80	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012			-5%	5,0%		REDISTR		valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E90	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012			-5%	5,0%		REDISTR		valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	<15%	2,5%	100,0		2,5%	
Appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	0	0	< 4%	2,5%	100,0		2,5%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>55,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>84,6%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Malattie Infettive**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	81,51%	84,28%	≥2012	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		4	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		tutor indicato in orario	80%	15,0%	100,0		15,0%	
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		6	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	233,56	245,62	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa Farmaci per dimesso (al netto dei nuovi farmaci anti-virus C e HIV)	452.056	365.805	-10%	20,0%	100,0		20,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	55,63	73,25	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	8,41	8,67	<8,2	20,0%	100,0		20,0%	Ridotta drasticamente la % di ricoveri medici brevi (da 3,79% a 1,21%)
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	3,79	1,21	≤4,5%	2,5%	100,0		2,5%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,65	0,17	≤ 0,86%	2,5%	100,0		2,5%	
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	0%	2,5%	100,0		2,5%	
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	2,7	1,23	≤2,7%	2,5%	100,0		2,5%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Medicina Interna H Lucca**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0,77519379845	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	85,06%	85,53%	>3%	10,0%	18,4		1,8%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso	Q30	Rispetto indicatori del PDTA dell'Ictus		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q40	% Pazienti con chiara identificazione del medico tutor		tutor indicato in orario	> 80%	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		7	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	205.560	120.000	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	137,21	142,41	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	42,89	38,60	-5%	10,0%	100,0		10,0%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	9,51	8,33	< 8	15,0%	100,0		15,0%	Ridotta la % di ricoveri medici brevi (da 3,79% a 3,33%)
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	3,13	1,44	<3,22%	2,5%	100,0		2,5%	
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	3,79	3,33	<3,7%	2,5%	100,0		2,5%	
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	0%	2,5%	100,0		2,5%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	1,11	0,77	<0,86%	2,5%	100,0		2,5%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>91,8%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>91,8%</b>	

**Medicina Trasfusionale e Immunoematologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Qualità del percorso	Q60	Definizione di Procedura per utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale entro Maggio			si	5,0%	100,0		5,0%	La procedura è stata definita, ma non è stata diffusa in attesa di indicazioni regionali
Accreditamento EFI	Q50	Certificato		SI	conseguito	15,0%	100,0		15,0%	
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Q30	Certificato		SI	conseguito	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		6	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E30	Spesa per farmaci vs 2012	257.598	175.706	-5%	15,0%	100,0		15,0%	
Rispetto normativa diagnostica per idoneità donatore	E20	Riduzione N° esami per donatori	8,7	4,6	<2012	20,0%	100,0		20,0%	
Centralizzazione richieste urgenti pomeridiane VDS	E10	% richieste pomeridiane su Stabilimento Ospedaliero Castelnuovo G.			100%	15,0%		REDISTR		La Direzione non ha autorizzato il trasporto per motivi economici.
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Nefrologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P30	% di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale	12,5	13,4	>5%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	83,45%	87,19%	3%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico	Q30	N° DRG ricoverati setting 2A / N° DRG		77,09	≤50%	10,0%	45,8		4,6%	Non possibile valutare il progresso rispetto a 2012, quindi valutato in % rispetto ad obiettivo
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q40	% Pazienti con chiara identificazione del medico tutor		tutor indicato in orario	80%	5,0%	100,0		5,0%	
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		6	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa dispositivi	E10	Riduzione Spesa Dispositivi Medici per dializzato vs 2012	1.315.535	1.195.021	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E20	% Utilizzo biosimilari su nuove diagnosi			100%	10,0%		dato n.d.		
Efficienza Operativa di ricovero	E30	Degenza media (numero di giorni)	8,75	8,8	<8,2	5,0%	50,0		2,5%	indice di performance degenza media passato da 0,12 a 0,04 => raggiunto al 50%
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E40	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	205,02	222,73	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E50	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	30,57	35,69	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	2,43	2,4	≤2,25%	3,8%	100,0		3,8%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,62	0,77	≤0,75%	3,8%	100,0		3,8%	
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	0%	3,8%	100,0		3,8%	
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	5,04	7,14	≤4,3%	3,8%	100,0		3,8%	best performance in toscana
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>82,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>91,2%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Neurologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico	P20	N° DRG ricoverati setting 4B / N° DRG		7,67	≤60%	10,5%	0,0		0,0%	Obiettivo rivisto in corso d'anno e specificato come segue: % trasferimenti verso il setting preferenziale
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P30	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,3%	100,0		5,3%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	60,26%	65,46%	>3%	5,3%	100,0		5,3%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del Percorso Diagnostico Terapeutico	Q50	N° DRG 14 prodotti vs 2012	283	303	≥10%	15,8%	70,7		11,2%	considerati tutti i drg neurologici (14, 15, 16, 17, 35, 524, 559, 564)
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q60	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		tutor indicato in orario	>80%	10,5%	100,0		10,5%	
Qualità del percorso	Q40	Rispetto indicatori del PDTA dell'Ictus		SI	si	5,3%	100,0		5,3%	
Qualità del percorso	Q30	% pazienti Tempi di attesa per prime visite specialistiche entro 15 gg	61,37	91,58	>90%	5,3%	100,0		5,3%	fonte: flusso TAT su prima disponibilità
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		6	≥6	5,3%	100,0		5,3%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,3%	100,0		5,3%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E20	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	140,69	156,27	-5%	5,3%	100,0		5,3%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E30	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	256,42	274,63	-5%	5,3%	100,0		5,3%	valutato risultato aziendale
Efficienza Operativa di ricovero	E10	Degenza media (numero di giorni)	7,12	7,48	< 7,2	10,5%	100,0		10,5%	Ridotta la % di ricoveri medici brevi (da 2,12% a 0,95%)
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	0,31	0,94	0%	2,6%	100,0		2,6%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0	0,21	0%	2,6%	100,0		2,6%	un solo ricovero.
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	0%	2,6%	100,0		2,6%	
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	2,12	0,95	≤2,5%	2,6%	100,0		2,6%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>84,8%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>84,8%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Pneumologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	75,16	73,80	>10%	10,0%	0,0		0,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del percorso	Q40	Rispetto indicatori del PDTA dell'insufficienza respiratoria acuta		81,80%	>80%	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		7	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q50	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		tutor indicato in orario	> 50%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Prescrizione Ossigeno vs 2012		18,43	2012-5%	10,0%		Manca dato di confronto		
Efficienza Operativa di ricovero	E30	Degenza media (numero di giorni)	10,33	10,89	<9	10,0%	100,0		10,0%	Ridotta drasticamente la % di ricoveri medici brevi (da 8,5% a 4,31%)
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E40	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	73,14	80,22	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E50	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	24,12	28,91	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	80.136	63.009	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	25	0	<15%	7,5%	100,0		7,5%	
Appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	8,5	4,31	< 4%	7,5%	100,0		7,5%	best performance in toscana
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>88,9%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**UOC Medicina Interna H VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	89,29%	90,78%	≥2012	5,3%	100,0		5,3%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,3%	100,0		5,3%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		8	≥6	10,5%	100,0		10,5%	fonte: SC Medicina legale
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			>80%	10,5%		REDISTR		ruolo di continuità svolto dal Responsabile di struttura per impossibilità a delegarlo ad altri medici
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	10,5%	100,0		10,5%	fonte: SC Medicina legale
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	9,7	9,21	<8,2	21,1%	32,7		6,9%	
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	176,36	196,12	-5%	5,3%	100,0		5,3%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	6,32	12,87	-5%	5,3%	100,0		5,3%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	171,68	122,88	-5%	15,8%	100,0		15,8%	ESCLUSO FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI (ATC1=L); IN RELAZIONE AI PUNTI DRG
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	4,44	2,68	≤ 1,41	2,6%	58,1		1,5%	
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	3,21	3,22	<3,5%	2,6%	100,0		2,6%	invertito obiettivo con UOS Medicina interna VDS, in seguito a verifica di errore materiale
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	0	0	0%	2,6%	100,0		2,6%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	1,41	10,7	<0,86%	2,6%	100,0		2,6%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>89,5%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>74,2%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>82,9%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**UOS Medicina Interna H VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di soddisfazione della domanda residenti vs 2012	86,14%	86,98%	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Gestione del rischio clinico	Q20	MM&R		8	≥6	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Gestione del rischio clinico	Q10	Audit		3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	fonte: SC Medicina legale
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q30	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor			80%	15,0%		REDISTR		ruolo di continuità svolto dal Responsabile di struttura per impossibilità a delegarlo ad altri medici
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Efficienza Operativa di ricovero	E20	Degenza media (numero di giorni)	9,15	8,95	< 8	20,0%	26,7		5,3%	
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E30	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	113,27	117,65	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E40	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	7,15	8,46	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per farmaci vs 2012	182,20	160,35	-5%	15,0%	100,0		15,0%	ESCLUSO FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI (ATC1=L); IN RELAZIONE AI PUNTI DRG
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	1,84	1,48	≤ 1,54%	5,0%	100,0		5,0%	invertito obiettivo con UOS Medicina interna VDS, in seguito a verifica di errore materiale
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0,85	0,7	<1,0%	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	1,17	1,51	<3,8%	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza Medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	1,16	0	0%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>70,3%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>82,7%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Accoglienza ITT**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di Attività per residenti		66,86%	> 60%	20,0%	100,0		20,0%	su pazienti con ricovero oncologico; prestazioni di radioterapia; visite oncologiche; consegna diretta di farmaci oncologici
Capacità di organizzare percorso oncologico	P20	% pazienti oncologici presi in carico dall'Accoglienza ITT		100	> 95%	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione percorso oncologico chirurgico	Q10	% Attivazione GOM su totale pazienti Accoglienza ITT vs 2012	65	75	+ 5%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza accoglienza	Q20	Sviluppo Protocolli specifici per la presa in carico dei pazienti con Associazioni di settore		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione percorso oncologico	E10	N. esposti dei cittadini per l'attività oncologica ospedaliera vs 2012	2	0	-20%	20,0%	100,0		20,0%	
Rimodulazione percorso Accoglienza ITT e Att. Ambulatoriale Oncologica nel NH	E20	Redazione e formalizzazione percorso Accoglienza ITT e Ambulatori nel layout del Nuovo Ospedale entro Giugno		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Anatomia Patologica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione procedure	P10	Redazione specifico protocollo di utilizzo degli spazi e locali nel layout del nuovo ospedale entro maggio		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Centralizzazione attività in Area Vasta	P30	N. Autopsie feto-neonatali e a rischio infettivo eseguite in Azienda		0	0	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		23,98	0	10,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità dei percorsi	Q10	Mantenimento Certificazione ISO-9000		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità delle prestazioni erogate	Q20	% Copertura fabbisogno annuale di coloranti per istologia e citologia prodotti in proprio		100%	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Tempo di refertazione	Q30	% Risposta entro 24 h dall'accettazione per piccole biopsie		>90%	>90%	15,0%	100,0		15,0%	
Tempo di refertazione	Q40	Tempo Max Refertazione per linfonodo sentinella e neoplasie mammarie dal momento dell'intervento		Nel 98% dei casi	7 gg	15,0%	98,0		14,7%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione spesa per uso diagnostico	E10	Riduzione Spesa Materiali per uso diagnostico vs 2012	86.976	60.453	-3%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione spesa per Coloranti	E20	Spesa per coloranti vs 2012	2.364	288	-50%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>89,7%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>89,7%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Oncoematologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di Attività per residenti	66,6%	65,5%	>60%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Miglioramento Percorso in Dimissione	Q10	% ricoveri con Attivazione Assistenza Domiciliare Oncologica vs 2012	13%	7%	+5%	10,0%	0,0		0,0%	fonte SDO
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		Modalità di attribuzione previste nel manuale di qualità(IO ONC 03)	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Riduzione Spesa Farmaci per dimesso vs 2012	5.008	6.789	-5%	15,0%		REDISTR		
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E50	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	27,37	30,88	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E40	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	220,80	249,98	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Riduzione Spesa Dispositivi Medici per dimesso vs 2012	5.162	5.056	-5%	5,0%	41,2		2,1%	
Efficienza Operativa di ricovero	E30	Degenza media (numero di giorni)	10,21	9,48	<8	10,0%	33,0		3,3%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza Medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	9,87	7,69	< 8%	10,0%	100,0		10,0%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	7,33	2,08	<3%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza Medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	25,373134328	11,940298507	<3,22%	10,0%	60,6		6,1%	solo ricoveri senza trasferimenti interni
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>61,4%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>72,3%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Oncologia**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di Attività per residenti		76	>60%	10,0%	100,0		10,0%	è stata indicata la % di soddisfazione
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Miglioramento Percorso in Dimissione	Q10	% Ricoveri con Attivazione di Assistenza Domiciliare Oncologica vs 2012	20%	33%	+ 5%	5,0%	100,0		5,0%	fonte SDO
Gestione in sicurezza farmaci antitumorali (racc. n° 14)	Q30	Attivazione Unità Farmaci Antitumorali (UFA) con UO Farm Osp entro Settembre		sì	si	10,0%	100,0		10,0%	
Personalizzazione del percorso diagnostico terapeutico	Q20	% pazienti con chiara identificazione del medico tutor		Modalità di attribuzione previste nel manuale di qualità (IO ONC 03)	>80%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Riduzione Spesa Farmaci per dimesso vs 2012	3.280.557	3.544.776	-5%	15,0%		REDISTR		
Ottimizzazione regime assistenziale RO-DH	E30	Riduzione DRG 410 in Ricovero Ordinario vs 2012	120	10	-50%	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza Operativa di ricovero	E40	Degenza media (numero di giorni)	5,37	5,79	<5,3	10,0%	100,0		10,0%	indice di performance degenza media passato da -2,33 a -2,77; la % di ricoveri medici brevi è passata da 19,14 a 10,52=> raggiunto
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E50	Costo Medio Esami di Laboratorio richiesti per dimesso vs 2012	129,41	148,29	-5%	5,0%	100,0		5,0%	valutato risultato aziendale
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E60	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per dimesso vs 2012	41,89	55,31	-5%	5,0%	0,0		0,0%	valutato risultato aziendale
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Riduzione Spesa Dispositivi Medici per dimesso vs 2012	135.914	90.672	-5%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Appropriatezza medica	C14.4	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	3,47	0,72	< 3,22%	5,0%	100,0		5,0%	
Efficacia del territorio	C8a.1	% ricoveri > 30 gg	0	0	0	5,0%	100,0		5,0%	
Appropriatezza medica	C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi	19,14	10,52	< 11%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>94,1%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Radioterapia Oncologica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	% di Attività per residenti	79,74%	82,92%	>90%	10,0%	100,0		10,0%	indicatore interpretato in funzione dell'obiettivo come "%della domanda erogata in USL2"; si è considerato che le attrazioni sono circa il triplo delle fughe
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		16,666666667	0	10,0%	0,0		0,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione Percorso macchine e attrezzature nel Nuovo Ospedale	P30	Redazione cronoprogramma specifico di trasferimento attrezzature di radioterapia nel nuovo ospedale con funzionamento 1 Febbraio 2014 con UO Fisica Sanitaria e UO Ingegneria Clinica		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	si conferma dato
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del Percorso	Q20	Tempo max attesa primari testa-collo		35gg	< 60 gg	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del Percorso	Q10	Tempo max attesa postoperatori mammella senza chemio		60gg	< 112 gg	10,0%	100,0		10,0%	si conferma dato
Qualità del Percorso	Q30	Tempo max attesa preoperatori		25gg	< 45 gg	10,0%	100,0		10,0%	si conferma dato
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa Farmaci vs 2012	1.785	2.756	-5%	10,0%		REDISTR		Valore eccessivamente esiguo
Ottimizzazione utilizzo Tomoterapia	E30	Redazione protocollo specifico indicazioni utilizzo Tomoterapia entro giugno		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	si conferma dato
Riduzione spesa Dispositivi Medici	E20	Riduzione Spesa Dispositivi Medici vs 2012	71.867	14.015	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>88,9%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Medicina dello Sport**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Incremento Produttività	P10	Visite Idoneità effettuate vs 2012	3220	3605	5%	30,0%	100,0		30,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Miglioramento del percorso dei pazienti	Q10	Tempi di attesa per visita idoneità sportiva entro 60 gg		100%	100%	30,0%	100,0		30,0%	tempo attesa 40 gg
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Incremento attività con Introiti diretti per l'Azienda	E30	Attività istituzionale fuori LEA a pagamento per maggiorenni vs 2012	475	448	+ 10%	15,0%	0,0		0,0%	
Ottimizzazione attività con privati convenzionati	E20	N ° visite atleti minorenni vs 2012	2645	3157	+ 20%	25,0%	96,8		24,2%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>84,2%</b>		<b>% raggiungimento</b>	<b>84,2%</b>

**Prevenzione Igiene e Sicurezza Luoghi di Lavoro**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione Inchieste per Infortuni	P10	N° inchieste effettuate/ n° referti pervenuti prognosi con >30gg		85,4%	>85%	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione Inchieste per Malattia professionale	P20	N° inchieste effettuate/n° referti pervenuti da INAIL		88,46%	>45%	5,0%	100,0		5,0%	Nel 2013 sono pervenuti n. 108 referti malattia professionale dall'INAIL. Di queste 65 (60%) sono state sottoposte ad indagine. Altre indagini sono state fatte per delega della Magistratura o per tipo di patologia (silicosi, asbestosi, tumori), anche se
<b>Indicatori Qualità</b>										
Monitoraggio infortuni luoghi di lavoro	Q30	Collegamento informatico tra Pronto Soccorso e PISLL per la gestione degli infortuni sui luoghi di lavoro (entro giugno)		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	Si è preso in considerazione le verifiche effettuate da personale non dedicato in via esclusiva alle verifiche
Ricorsi avverso il giudizio del medico competente	Q20	Tempi di convocazione del Lavoratore in seguito a ricorsi avverso il giudizio del medico competente		100%	< 20 gg.	10,0%	100,0		10,0%	I tempi di convocazione dei lavoratori per ricorso avverso il giudizio del Medico Competente sono stati sempre inferiori a 20 gg.
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione dell'attività di verifica	E20	N. verifiche di macchine e impianti effettuate direttamente dal PISLL vs 2012 (per operatore)		> 5%	+ 5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Efficienza ed efficacia PISSL: controlli in az. agricole	F15.1.8	N° PF 25 az. Agricole		51	50	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione dell'attività di verifica:PF25 - controllo Unità Locali per rischi lavorativiPF26 - controllo Cantieri per rischi lavorativiPF27 - procedure sanzionatoriePF72 - controlli in cava per rischi lavorativi	F15.2.6	PF 25-26-27-72*pesi / operatori qualificati		Valutazione MES 5	100%	15,0%	100,0		15,0%	
Efficienza ed efficacia PISSL: controlli in cantieri	F15.1.9	N° PF 26	284	260	280	10,0%	0,0		0,0%	
Efficienza ed efficacia PISSL: controlli in unità locali	F15.1.7	N° PF 25-26-72	722	964	830	15,0%	100,0		15,0%	
Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (PISLL)	F15.a	media dei risultati indicatori F15		valutazione MES 4,46	3,48	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>90,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>90,0%</b>		

## Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione gestione risorse umane	P10	N° operatori con debito orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Archiviazione informatica dei Fascicoli digitali e cartacei degli impianti di Operatori del Settore Alimentare	Q10	Informatizzazione completa con Software Prodotti Finiti entro Giugno		SI	si	30,0%	100,0		30,0%	L'archiviazione in fascicolo elettronico è realizzato dal 01/07/2013
Qualità dei percorsi e dei servizi	Q20	Certificazione ISO 9001		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	La visita si è svolta come previsto il 26/07/2013 e la certificazione ISO 9001:2008 è stata confermata.
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione dell'attività	E10	N° PF 10 - igiene urbana veterinaria vs 2012	20	11	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare	F16.1.3	Qualità dei dati		MeS	≥0,71	10,0%		dato n.d.		
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare	F16.4	Categorizzazione (valutazione dei rischi biologici e igienico sanitari - % esercizi categorizzati)		MeS	≥2,37	10,0%		dato n.d.		
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare	F16.5	Media F16PF49 - Unità Locali sottoposte a controllo per sicurezza alimentarePF4 - Unità locale sottoposta a monitoraggio per sicurezza alimentarePF 43 - allevamenti sotto controllo per profilassi		MeS	≥3,3	25,0%		dato n.d.		
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>55,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>55,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**U.F. Igiene Pubblica e della Nutrizione**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione Controllo Punti Prelievo Acque Potabili	P10	Campioni effettuati/campioni programmati		102,65	95%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Riduzione Tempi di attesa pratiche SUAP	Q10	Espressione di parere entro 30 giorni dalla richiesta		27,60	100%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Incremento Esecuzione Prodotti Finiti della Nutrizione (PF 73-79)	E10	N. PF 73-79 vs 2012	139	181	5%	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza Produttiva nella esecuzione di alcuni PF: PF 1 - Interventi per richiesta pareriPF 2 - Unità locali sotto controllo (no sicurezza aliment)PF 10 - Interventi per segnalazioni	E40	N° di PF 1, 2, 10 / personale assegnato vs 2012	867	924	0,05	10,0%	100,0		10,0%	In costanza di personale assegnato
Ottimizzazione ricerca inquinanti in sorgenti di acqua per uso umano	E30	N° inquinanti richiesti 2013 vs 2012	163	122	-5%	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione utilizzo del personale per le vaccinazioni	E20	N° sedute vaccinali eseguite dal solo assistente sanitario o infermiere		42,29	30%	5,0%	100,0		5,0%	Si riferisce ai richiami vaccinali in autonomia (n°2157) sul totale delle 5100 vaccinazioni eseguite.
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Copertura Vaccinale	B7.1	Copertura vaccino MPR	86%	86,38	≥95%	5,0%	0,0		0,0%	
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.3.2	Adesione allo screening colonrettale	40,26	43,2	70%	5,0%	35,0		1,8%	non raggiunto da nessuna azienda toscana. Valutato in relazione alla media regionale (48,66%)
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.3.1	Estensione dello screening colonrettale		98,0	100%	5,0%	100,0		5,0%	valutazione MeS ottima
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.2.2	Adesione allo screening cervice uterina	48,6	58,5	60%	5,0%	87,0		4,4%	
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.2.1	Estensione dello screening cervice uterina	101,5	94,9	100%	5,0%	100,0		5,0%	valutazione MeS ottima
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.1.2	Adesione allo screening mammografico	57,46	69,14	80%	5,0%	52,0		2,6%	
Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali	B5.1.1	Estensione dello screening mammografico		100,71	100%	5,0%	100,0		5,0%	estensione corretta
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione	F16.2	Indicatore MES Nutrizione: controllo piani nutrizionali mense scolastiche			>4,96	5,0%		dato n.d.		
Copertura Vaccinale	B7.3	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	71,7	72,63	≥75%	5,0%	28,2		1,4%	
Copertura Vaccinale	B7.2	Copertura vaccino antinfluenzale >=65 anni	59,69	60,66	≥75%	5,0%	100,0		5,0%	poiché nessuna azienda in regione ha raggiunto l'obiettivo, si considera raggiunto se entro la media regionale (60,117%)
Igiene e sanità pubblica	F21.3	Studio Passi: Interviste		98,55%	94,24%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>80,1%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>84,3%</b>



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Assistenza Infermieristica Ospedaliera**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° di Infermieri o OSS negli Ospedali con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia per Infermiere o OSS vs 2012			-5%	5,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	E30	Riduzione della Spesa complessiva Dispositivi Medici vs 2012	5.522.558	4.531.360	-3%	5,0%	100,0		5,0%	somma dei valori delle schede infermieristiche
Personalizzazione dell'assistenza	Q60	% Pazienti nei Setting di degenza del Livello 2 che identificano l'Infermiere di riferimento nel Giorno Indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	50%	5,0%	100,0		5,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Qualità del percorso assistenziale nel Livello 1A e 1B	Q50	% di Infermieri formati nel Livello 1A e 1B /Totale infermieri Livello 1A e 1B		98%	100%	5,0%	98,0		4,9%	
Qualità del percorso assistenziale nel Livello 2	Q40	% di Settings di Degenza Livello 2 che hanno implementato la SPAI		100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità dell'organizzazione assistenziale (completamento riorganizzazione piattaforma assistenziale per cellule nel livello 2)	Q20	(N. Settings di degenza riorganizzati/N. Settings di degenza Livello 2) x100		20 su 22	90%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità dell'organizzazione del flusso del paziente	Q10	% Alimentazione Visual Hospital nei Settings di Degenza Area Medica Polispecialistica del Padiglione C		100%	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Rimodulazione delle degenze nel PO di Lucca	P30	Trasferimento Degenza Pneumologica Livello 2 e 1B nel Padiglione C del PO Lucca entro Maggio		si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Miglioramento percorso ricovero in urgenza	P20	Attivazione Degenza Medicina d'Urgenza Ospedale di Lucca entro Giugno		si (11 nov)	si	20,0%	100,0		20,0%	la direzione ha modificato i tempi di attivazione previsti per ottobre-novembre 2013
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥ 80%	5,0%		REDISTR		
Formazione per utilizzo Cartella Infermieristica Elettronica	Q30	(Settings di degenza formati livello 2/N. Settings di degenza Livello 2) x 100		7 su 7	70%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>89,9%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>99,9%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Assistenza Infermieristica Territoriale**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane utilizzate c/o Casa Circondariale	E20	Ore di straordinario effettuate oltre il Budget assegnato		0	0	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° di Infermieri o OSS con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E30	Ore non lavorate per infortunio o malattia per Infermiere o OSS vs 2012			-5%	10,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane del DSM nella Zona PdL	Q20	% Rotazione personale tra CSM e SPDC		82%	≥20%	10,0%	100,0		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	E40	Riduzione della Spesa complessiva Dispositivi Medici vs 2012	563.814	523.956	-3%	10,0%	100,0		10,0%	somma dei valori delle schede infermieristiche
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥ 80%	5,0%		REDISTR		
Riorganizzazione Infermieri di Famiglia sulla base delle AFT	Q30	Stesura regolamento AFT insieme ai coordinatori delle AFT		si	si	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione utilizzo presidi antidecubito in RSA	Q10	% Presidi prescritti secondo protocollo aziendale		100%	≥90%	20,0%	100,0		20,0%	
Incremento attività prestazioni Assistenza Domiciliare Integrata	P30	N. Prestazioni Anno 2012	130.118	241.554	+ 5%	5,0%	100,0		5,0%	
Rimodulazione percorso emergenza territoriale	P10	Attivazione Ambulanza Infermieristica h 24 entro giugno		si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Qualità del percorso assistenziale	Q40	% Pazienti presi in carico con scheda specifica in Caribel		97%	≥70%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Direzione Infermieristica e Ostetrica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° di Infermieri o OSS con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia per Infermiere o OSS vs 2012			-5%	5,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Miglioramento percorso ricovero in urgenza	P30	Attivazione Degenza Medicina d'Urgenza Ospedale di Lucca entro Giugno		si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Rimodulazione delle degenze nel PO di Lucca	P40	Trasferimento Degenza Pneumologica Livello 2 e 1B nel Padiglione C del PO Lucca entro Maggio		si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Qualità dell'organizzazione del flusso del paziente	Q10	% Alimentazione Visual Hospital nei Settings di Degenza Area Medica Polispecialistica del Padiglione C		100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità dell'organizzazione assistenziale (completamento riorganizzazione piattaforma assistenziale per cellule nel livello 2)	Q20	(N. Settings di degenza riorganizzati/N. Settings di degenza Livello 2) x100		20 su 22	90%	5,0%	100,0		5,0%	
Formazione per utilizzo Cartella Infermieristica Elettronica	Q30	(Settings di degenza formati livello 2/N. Settings di degenza Livello 2) x 100		7 su 7	70%	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥ 80%	5,0%		REDISTR		
Rimodulazione percorso emergenza territoriale	P10	Attivazione Ambulanza Infermieristica h 24 entro giugno		si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	E30	Riduzione della Spesa complessiva Dispositivi Medici vs 2012	6.088.610	5.056.321	-3%	5,0%	100,0		5,0%	somma dei valori delle schede infermieristiche
Organizzazione dell'assistenza nel Nuovo Ospedale	Q40	Redazione del progetto di organizzazione assistenziale nei setting di degenza del nuovo ospedale		si	si	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>90,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Direzione Ostetrica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° di Ostetriche con Debito Orario > 20		0	0	10,0%	100,0		10,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia per Ostetrica vs 2012			-5%	15,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riorganizzazione piattaforma assistenziale area materno-infantile	Q10	N. Settings di degenza riorganizzati/Settings di area MI			100%	30,0%		REDISTR		non possibile per mancato reperimento di personale ostetrico
Formazione per utilizzo Cartella Infermieristica Elettronica	Q20	(Settings di degenza formati Area MI/N. Settings di degenza Area MI) x 100		100%	70%	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del percorso assistenziale neonati	Q30	% Neonati sani con allattamento al seno esclusivo		LU: 82,34%VDS:7 7,81%	>=75%	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del percorso assistenziale neonati	Q40	% Neonati sani sottoposti al contatto pelle a pelle madre/neonato alla nascita		95,91%	100%	5,0%	95,9		4,8%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥ 80%	5,0%		REDISTR		
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	E30	Riduzione della Spesa complessiva Dispositivi Medici vs 2012	357.993	302.143	-3%	15,0%	100,0		15,0%	somma di ostetrica e ginecol lu+vds
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>50,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>49,8%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>99,6%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Tecnici della Riabilitazione**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	P50	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26		96%	≥ 80%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Q30	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		100%	≥ 80%	10,0%	100,0		10,0%	tutti i pazienti affetti da ictus e frattura di femore sono stati presi in carico e hanno un'assistenza continua
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz vs 2012			-5%	5,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Q10	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		99%	≥ 90%	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	10,0%		REDISTR		
Rimodulazione dell'attività acquisita dal privato accreditato (prestazione ex art. 25)	P10	Prestazioni ex art 25 acquistate dal PA vs 2012			-20%	15,0%		dato n.d.		
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	E30	Riduzione della spesa complessiva vs 2012	6.491	3.420	-2%	5,0%	100,0		5,0%	
Personalizzazione del percorso riabilitativo	Q20	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		99%	≥ 30%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA		Incremento Corsi AFA per bassa e alta disabilità	87 (76 bassa int. e 11 alta int.)	101 (90 bassa int. e 11 alta int)	Obiettivo MES (bassa int.: 92; alta int: 7)	5,0%	93,8		4,7%	
Rimodulazione dell'organizzazione della riabilitazione territoriale Zona Piana di Lucca	P30	Presentazione Progetto condiviso con UORRF alla Direzione Aziendale entro Maggio 2013		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>69,7%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>99,6%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Tecnici e Operatori della Prevenzione**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° Tecnici/Ass.Sanitari con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tdp o Ass. San vs 2012			-5%	10,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Efficienza Produttiva nella esecuzione dei PF 4 e PF 49 effettuati dai TdP	E50	N° di PF4 e 49 / personale assegnato vs 2012	872	1012	5%	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione Inchieste per Infortuni	P20	N° Inchieste effettuate/ n° Referti pervenuti prognosi >30gg		85,40%	>85%	5,0%	100,0		5,0%	
Efficienza ed efficacia PISSL: controlli in az. agricole		N° PF 25		51	50	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	10,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione dell'attività di verifica	E30	Incremento delle attività di verifica di macchine e impianti effettuate direttamente dal PISLL vs 2012 (per operatore)		> 5%	5%	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza Produttiva nella esecuzione di alcuni PF: PF 1 - Interventi per richiesta pareriPF 2 - Unità locali sotto controllo (no sicurezza aliment)PF 10 - Interventi per segnalazioni	E40	N° di PF 1, 2, 10 / N. Unità TdP vs 2012	394	613	5%	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare		Media F16 (PF49 - Unità Locali sottoposte a controllo per sicurezza alimentare e PF4 - Unità locale sottoposta a monitoraggio per sicurezza alimentare)		MeS	≥3,3	5,0%		dato n.d.		
Qualità dei percorsi e dei servizi	Q10	Esecuzione supervisioni professionali (almeno una rivolta ad un operatore assegnato alle varie UU.FF. )		4	3	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza ed efficacia PISSL: controlli in unità locali		N° PF 25-26-72	710	1249	800	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza ed efficacia PISSL: controlli in cantieri		N° PF 26	284	260	280	5,0%	0,0		0,0%	
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare		% Categorizzazione su Esercizi Alimentari(valutazione dei rischi biologici e igienico sanitari)		MeS	≥2,37	5,0%		dato n.d.		
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>65,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>92,9%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Tecnici Laboratorio**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Q30	Conseguimento Certificato		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Integrazione Personale Tecnico Zone Pdl e Vds	E40	Assegnazione di un Tecnico di Laboratorio al laboratorio di Barga entro luglio		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Consolidamento Arredi area di laboratorio nuovo ospedale	Q10	Approvazione progetti esecutivi per laboratori di:analisi chimico cliniche, anatomia patologica, centro trasfusionale, farmacia,centro donatori entro luglio		SI	si	20,0%	100,0		20,0%	Approvati da parte di ogni singolo responsabile. I disegni sono stati consegnati al RUP e al DG
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio vs 2012			-5%	10,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate(escluso quelle effettuate in PD e festivi)			<80 ore	10,0%		REDISTR		
Contributo al governo della spesa dei costi fissi e variabili sostenuti dal laboratorio analisi	E30	Riduzione del costo unitario a prestazione vs 1.78 € a prestazione conseguito nel 2012	1,85	1,79	≥1%	5,0%	100,0		5,0%	costi totali 6401893,49 euro esami 3570367
Completamento del processo di addestramento e formazione per urgenze e routine	Q20	N° Tecnici addestrati per Routine e Urgenza P.O. Lucca		100%	≥95%	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione tempi di risposta al Pronto Soccorso	P20	(Tempo preanalitico ≤10 minuti+ Tempo analitico ≤50 minuti Prestazioni h 24) ≤ 60 minuti		tempo analitico 36' tempo totale prestazione 67'.27"	90%	15,0%	100,0		15,0%	il tempo preanalitico non è governabile dal laboratorio
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>80,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>80,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Tecnici Sanitari Radiologia Medica**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P10	N° TSRM con Debito Orario > 20 h		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E20	Ore non lavorate per infortunio o malattia / TSRM vs 2012			-5%	15,0%		REDISTR		
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	E10	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			>80%	10,0%		REDISTR		
Contributo alla Appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	E30	Riduzione della spesa complessiva vs 2012	165.735	159.924	-2%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Ottimizzazione dei tempi di refertazione TC per il Pronto Soccorso	P20	% di prestazioni di TC richieste dal PS ed eseguite entro 40 minuti dalla		100%	> 80 %	20,0%	100,0		20,0%	Tempo medio di esecuzione TC: 19.00 minuti per il 100% degli esami
Ottimizzazione dei tempi di refertazione Rd Trad. per il Pronto Soccorso	P30	% di prestazioni di Radiologia tradizionale richieste dal PS ed eseguite entro 15 minuti dalla richiesta		100%	> 90%	20,0%	100,0		20,0%	Tempo medio di esecuzione RX: 12,54 minuti per il 100% degli esami
Flessibilità e formazione nell'utilizzo del personale TSRM nella Radiodiagnostica	Q10	% di TSRM che ha effettuato orario in almeno 2 ambiti operativi della Radiodiagnostica		80%	>60%	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>75,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		



**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Salute Mentale Infanzia Adolescenza**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Capacità di soddisfare domanda	P10	Numero totale utenti attivi	2.571	2.491	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del Percorso	Q10	% di piani con presa in carico integrata per pazienti in terapia riabilitativa	n.d.	100%	>90%	10,0%	100,0		10,0%	Dato non monitorato nell'anno precedente
Miglioramento percorso Disturbi dello Spettro Autistico	Q20	Implementazione modulo di 5 pazienti per attività socio riabilitativa preso un Centro Diurno ASL		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	Il modulo è di nuova implementazione
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E30	Aumento della distribuzione diretta		nd	≥2012	10,0%		REDISTR		DATO SMIA NON SEPRATO DA SMA
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica convenzionata	E40	% inibitori Selettivi della Serotonina a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche.		99,00	>90%	20,0%	100,0		20,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica convenzionata	E50	% Altri antidepressivi a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche	83,00	67,00	>90%	20,0%		REDISTR		numero confezioni eccessivamente esiguo (49)
Appropriatezza prescrittiva Esami di Laboratorio	E10	Costo Medio Esami di Laboratorio per utente in carico vs 2012			≤2012	5,0%		REDISTR		dato n.d.
Appropriatezza prescrittiva Esami Diagnostica strumentale	E20	Costo Medio Esami di Diagnostica strumentale per utente in carico vs 2012			≤2012	5,0%		REDISTR		dato n.d.
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.7	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	157,00	110,48	< media regionale	10,0%	100,0		10,0%	manca dato confronto, Però trend decisamente positivo
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>60,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>		

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SMA Zona PdL**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P10	Numero totale utenti attivi	2.710	2.695	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	sostanzialmente uguale
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		6,1500615006	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione degli inserimenti residenziali	P30	Spesa per inserimenti residenziali vs 2012	1.795.920	1.485.256	-2%	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione funzionamento Centro di Salute Mentale	P40	Apertura Centro di Salute Mentale 12 h per lun-sab		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	Dal 1-12-2013 il CSM è aperto 12 ore dal lunedì al sabato
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del Percorso	Q10	Tempi di attesa per prime visite		78,49%	≤30gg	5,0%	78,5		3,9%	il valore 2013 rappresenta la % di visite entro 30 gg; fonte: flusso TAT su prima disponibilità
Ottimizzazione percorso continuità assistenziale passaggio maggiore età	Q20	Stesura e implementazione progetto ad hoc		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	Il progetto è in vigore dal novembre 2013
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E40	Altri antidepressivi a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche		93,00	>90%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E10	N° Dos iInibitori Selettivi della Serotonina Definite giornaliere (DDD) per mille abitanti			< 30	10,0%		REDISTR		dato riferibile alla struttura non disponibile
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E20	Inibitori Selettivi della Serotonina a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche.		99,00	>90%	10,0%	100,0		10,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E30	N° Dosi Altri Antidepressivi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die			<7	10,0%		REDISTR		dato riferibile alla struttura non disponibile
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.13.2	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	9,7%	6,8%	<4,83%	5,0%	58,7		2,9%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.5	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	269,82	279,89	<225	5,0%	0,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>80,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>71,9%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>89,8%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SMA Zona PdL (psicologi)**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
Capacità di soddisfare la domanda di valutazione psicodiagnostica	P50	n° di valutazioni psicodiagnostiche	212	489	≥2012	20,0%	100,0		20,0%	
Capacità di soddisfare la domanda	P15	Numero totale utenti attivi con prestazioni psicologiche	540	572	≥2012	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione funzionamento Centro di Salute Mentale	P40	Apertura Centro di Salute Mentale 12 h per lun-sab		SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Qualità del Percorso	Q10	Tempi di attesa per prime visite			≤30gg	5,0%		REDISTR		dato prima visita psicologica non disponibile
Implementazione di attività psicoterapiche di gruppo	Q30	Attivazione di 3 gruppi di psicoterapia		si	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione dell'intervento psicologico nel percorso assistenziale multidisciplinare	Q40	utenti multidiscipl. con prest.psicol/n° utenti con prestaz.psicol		32%	20%	20,0%	100,0		20,0%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.5	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	269,82	279,89	<225	2,5%	0,0		0,0%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.13.2	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	9,7%	6,8%	<4,83%	2,5%	58,7		1,5%	
Ottimizzazione percorso continuità assistenziale passaggio maggiore età	Q20	Stesura e implementazione progetto ad hoc		SI	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>91,5%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>96,3%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SMA Zona VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti medici con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	Il valore esprime la percentuale rispetto alla dotazione di personale. E' stata posta una soglia pari al 10%
Ottimizzazione degli inserimenti residenziali	P30	Spesa per inserimenti residenziali vs 2012	202.811	216.522	-2%	15,0%	100,0		15,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P10	Numero totale utenti attivi	1.629	1.867	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del Percorso	Q10	Tempi di attesa per prime visite			≤30gg	10,0%		REDISTR		non presente su flusso TAT
Ottimizzazione percorso continuità assistenziale passaggio maggiore età	Q20	Stesura e implementazione progetto ad hoc		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	Ratifica del protocollo a novembre 2013
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E40	Altri antidepressivi a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche	71,00	68,00	>90%	10,0%	0,0		0,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E30	N° Dosi Altri Antidepressivi Definite Giornaliere (DDD) per mille abitanti ab die			<7	10,0%		REDISTR		dato riferibile alla struttura non disponibile
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E20	Inibitori Selettivi della Serotonina a base di molecole non coperte da brevetto sul totale delle unità posologiche.	91,00	87,00	>90%	10,0%	0,0		0,0%	
Appropriatezza Prescrittiva Farmaceutica	E10	N° DDD degli Inibitori Selettivi della Serotonina per mille abitanti			< 30	10,0%		REDISTR		dato riferibile alla struttura non disponibile
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.5	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	186,44	137,38	<225	7,5%	100,0		7,5%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.13.2	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	6,3%	2,0%	<4,83%	7,5%	100,0		7,5%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>50,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>71,4%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SMA Zona VdS (psicologi)**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.5	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	186,44	137,38	<225	2,5%	100,0		2,5%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti psicologi con Debito Orario		0	0	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione dell'intervento psicologico nel percorso assistenziale multidisciplinare	Q30	utenti multidiscipl. con prest.psicol/n° utenti con prestaz.psicol		31%	20%	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione degli inserimenti residenziali	P30	Spesa per inserimenti residenziali vs 2012	202.811	216.522	-2%	10,0%	100,0		10,0%	
Capacità di soddisfare la domanda di valutazione psicodiagnostica	P40	n° totale di valutazioni psicodiagnostiche	74	129	≥2012	20,0%	100,0		20,0%	
Qualità del Percorso	Q10	Tempi di attesa per prime visite			≤30gg	10,0%		REDISTR		dato prima visita psicologica non disponibile
Ottimizzazione percorso continuità assistenziale passaggio maggiore età	Q20	Stesura e implementazione progetto ad hoc		si	si	15,0%	100,0		15,0%	Ratifica del protocollo a novembre 2013
Capacità di soddisfare la domanda	P15	Numero totale utenti attivi con prestazioni psicologiche	197	286	≥2012	10,0%	100,0		10,0%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.13.2	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	6,3%	2,0%	<4,83%	2,5%	100,0		2,5%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>90,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>		<b>100,0%</b>	

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SMIA (psicologi)**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
Capacità di soddisfare la domanda	P10	Numero totale utenti attivi	1058	1058	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Integrazione Ospedale Territorio	C8a.7	Tasso di ricovero con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	157,00	110,48	< media regionale	10,0%	100,0		10,0%	manca dato confronto, Però trend decisamente positivo
Collaborazione con l'autorità giudiziaria relativa alle richieste di intervento psicologico su utenti minorenni	Q40	Percentuale di risposte cliniche alle richieste del T.M. e T.O. (su relazione del servizio)		35 richieste 35 relazioni	80%	25,0%	100,0		25,0%	
Ottimizzazione dell'intervento psicologico nel percorso assistenziale multidisciplinare	Q30	utenti multidisc. con prest.psicol/n° utenti con prestaz.psicol		28,50%	20%	20,0%	100,0		20,0%	
Miglioramento percorso Disturbi dello Spettro Autistico	Q20	Implementazione modulo di 5 pazienti per attività socio riabilitativa preso un Centro Diurno ASL		SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Qualità del Percorso	Q10	% di presa in carico integrata di pazienti in terapia riabilitativa sul totale pazienti in terapia		100%	>90%	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare la domanda di valutazione psicodiagnostica	P30	n° di valutazioni psicodiagnostiche	1479	1559	≥2012	20,0%	100,0		20,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	P20	N° dirigenti con Debito Orario		0	0	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>	

## Tossicodipendenze Zona PdL e Salute Penitenziaria

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P50	Tossicodipendenti: nuovi utenti presi in carico	79	84	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P40	Alcool: nuovi utenti presi in carico	36	50	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P30	Tabagismo: totale utenti presi in carico			≥2012	5,0%		REDISTR		utenti assistiti dalla pneumologia
Capacità di soddisfare domanda	P10	Tossicodipendenti: totale utenti presi in carico	687	734	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P20	Alcool: totale utenti presi in carico	233	273	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Qualità del Percorso di presa in carico	Q10	Tempi di attesa del SERT per prime visite			< 8 gg	10,0%		dato n.d.		non vi sono tempi di attesa perché i pazienti hanno accesso diretto
Ottimizzazione presa in carico pazienti gestiti dal SERT	Q20	Ricoveri in SPDC di pazienti con doppia diagnosi già in carico al SERT	25	24	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione della continuità assistenziale dei pazienti con doppia diagnosi dimessi da SPDC	Q30	% di pazienti con Doppia Diagnosi dimessi da SPDC che hanno un accesso in SERT entro 7 gg	100%	96%	>70%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E20	Valore distribuzione diretta			≥2012	10,0%		REDISTR		nb: nel 2013 è stata modificata la confezione di metadone che essendo farmaco H non è stato più scaricato in DD
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per assisito	3.050	2.725	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Capacità di soddisfare domanda		% detenuti con alcool dipendenza valutati dal SERT su richiesta medicina penitenziaria	2	1	>80%	10,0%		dato n.d.		non disponibile valore %
Capacità di soddisfare domanda		% detenuti con tossico dipendenza valutati dal SERT su richiesta medicina penitenziaria	84	78	>80%	10,0%		dato n.d.		non disponibile valore %
Integrazione Ospedale Territorio		Indice di ritenzione SerT			> Media Regionale	10,0%		REDISTR		
<b>Totale pesi valutati</b>			<b>50,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>50,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>100,0%</b>

**PERSONALE DIRIGENTE: VERIFICA FINALE OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Tossicodipendenze Zona VdS**

obiettivo	cod ind	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no	% peso	note
<b>Indicatori Performance</b>										
Capacità di soddisfare domanda	P40	Alcool: nuovi utenti presi in carico	20	14	≥2012	5,0%	0,0		0,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P50	Tossicodipendenti: nuovi utenti presi in carico	10	10	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P30	Tabagismo: totale utenti presi in carico	22	30	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P20	Alcool: totale utenti presi in carico	131	137	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
Capacità di soddisfare domanda	P10	Tossicodipendenti: totale utenti presi in carico	143	145	≥2012	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Indicatori Qualità</b>										
Ottimizzazione presa in carico pazienti gestiti dal SERT	Q20	Ricoveri in SPDC di pazienti con doppia diagnosi già in carico al SERT	7	3,00	≤2012	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione della continuità assistenziale dei pazienti con doppia diagnosi dimessi da SPDC	Q30	% di pazienti con Doppia Diagnosi dimessi da SPDC che hanno un accesso in SERT entro 7 gg			>70%	10,0%	100,0		10,0%	Non ci sono state segnalazioni da parte dell'SPDC
Qualità del Percorso di presa in carico	Q10	Tempi di attesa del SERT per prime visite			< 8 gg	15,0%		dato n.d.		non vi sono tempi di attesa perché i pazienti hanno accesso diretto
<b>Indicatori Efficienza</b>										
Riduzione della spesa farmaceutica	E10	Spesa per assistito	3.080	2.727	≤2012	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione della spesa farmaceutica	E20	Valore distribuzione diretta			≥2012	10,0%		REDISTR		nb: nel 2013 è stata modificata la confezione di metadone che essendo farmaco H non è stato più scaricato in DD
<b>Indicatori Bersaglio MES</b>										
Integrazione Ospedale Territorio		Indice di ritenzione SerT			> Media Regionale	10,0%		REDISTR		
<b>Totale pesi valutati</b>			<b>65,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>60,0%</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>92,3%</b>



**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

**S..S. Gestione Amministrativa Dipartim. Prevenzione**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle risorse	Monitoraggio trimestrale budget Dipartimento Prevenzione	Effettuato monitoraggio I - II - III - IV trimestre 2013	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Elaborazione nuove procedure pratiche SUAP	Elaborata procedura gestione digitalizzata pratiche REG CE 852/2004 - Distribuita agli operatori interessati	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Elaborazione procedura gestione finanziamenti	Procedura elaborata gestione finanziamenti - distribuita ai Responsabili delle UU.FF. e agli operatori interessati	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Miglioramento qualità flussi informativi	Monitoraggio trimestrale introiti Dipartimento di Prevenzione	Effettuato monitoraggio I - II - III - IV trimestre 2013	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Miglioramento qualità flussi informativi	Supporto al monitoraggio flussi programma PF	Monitorati PF 69 -111 - 112 - 113 - 100 - 114	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Informatizzazione attività del Dipartimento della Prevenzione	Messa in esercizio dei moduli SISPIC entro settembre	Moduli SISPC operativi da settembre 2013 (MEM: obiettivo senza peso già nella scheda firmata)	sì		100,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Affari Generali, Legali e Gestione Contratti**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Gestione Diretta SinistriRispetto dei termini delle procedure	Inserimento dati pratica in SRGS entro gg. 15 dal ricevimento	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione Diretta SinistriRispetto dei termini delle procedure	Risposta al cittadino entro gg. 15 dal ricevimento richiesta	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione Diretta SinistriRispetto dei termini delle procedure	Controllo rispetto tempi risposta da parte delle strutture interessate (n. solleciti / n. eventi che superano i tempi )	100%	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Recupero crediti	n. atti ingiuntivi / n. fatture insolite trasmesse	80%	80%	20,0%	100,0		20,0%	
Redazione regolamento gestione informatizzata dei contratti	Redazione atto e monitoraggio della esecuzione informatica	IN FASE DI REDAZIONE	SI	10,0%	0,0		0,0%	
Delibera GRT 1234/11 Gestione Diretta SinistriIndicatori MeS	N. richieste risarcimento annuali con 2° o 3° valutazione / n. richieste risarcimento annuali	90%	≥90%	10,0%	100,0		10,0%	
Delibera GRT 1234/11 Gestione Diretta SinistriIndicatori MeS	N. richieste risarcimento liquidate < = 20.000 € + N. proposte liquidazione/N. richieste risarcimento annuali	90%	≥90%	10,0%	100,0		10,0%	
Procedura delibere Web	Eliminazione fascicoli cartacei	PROCEDURA ATTIVATA. UTILIZZO UNICO FASCICOLO	SI	10,0%	100,0		10,0%	
Albo Pretorio on-line	Redazione delle regole relative alla pubblicazione	SI, VEDI SITO AZ.LE	SI	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>90,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Amministrazione e Gestione Risorse Umane**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità delle procedure	Certificazione degli stipendi mensili	Le voci stipendiali messe in pagamento lo sono in base a un documento giustificativo.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Pianificazione e Programmazione Strategica	Delibera Piano Assunzioni	La deliberazione del piano assunzioni vigente è stata approvata con Atto n. 335 del 30.5.13	si	10,0%	100,0		10,0%	
Pianificazione e Programmazione Strategica	Delibera Dotazione Organica	L'atto deliberativo della formalizzazione della dotazione organica è stato redatto e sottoscritto dal responsabile della S.C.La dotazione organica è costantemente rilevata e il relativo atto ricognitivo è oggetto di comunicazione alla Regione (la ricogni	si	15,0%	100,0		15,0%	
Governo delle Risorse Umane	Report Trimestrale situazione Debito Orario	La reportistica è stata prodotta nel rispetto della periodicità trimestrale; inoltre è stata fornita alle strutture, anche a domanda.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Governo delle Risorse Umane	Monitoraggio Trimestrale situazione Ferie non godute	Il monitoraggio è avvenuto nel rispetto della periodicità trimestrale e la relativa reportistica è stata fornita alle strutture, anche a domanda.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Governo delle Risorse Umane	Applicazione Manuale Presenze/Assenze	Si è dato corso all'applicazione del manuale della rilevazione presenze, sia direttamente, sia con iniziative formative rivolte ai più importanti soggetti coinvolti (PO e coordinatori infermieristici)	si	15,0%	100,0		15,0%	
Rispetto degli accordi di Bilancio (Obtv 2013 - RT)	Monitoraggio mensile del Costo del Personale	Il DWH è stato alimentato con il debito informativo di competenza.	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

**S.C. Gestione Amministrativa Zone Distretto**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione dell'uso delle risorse finanziarie	Verifica utenti RSA vs utenti ricoverati	SI	s	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio scadenza convenzioni	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio per governo economico delle convenzioni	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento qualità flussi informativi	Supporto al monitoraggio attività MMG	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Rispetto del budget assegnato	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget RSA	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget Centri Diurni	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget Centri Psichiatrici	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget RSA - Modulo Alzheimer	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio trasporti	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione gestione liquidità	Pagamento fatture a 60 gg (±10 gg)		100%	2,0%		REDISTR		I trasferimenti mensili del FSR provenienti dalla Regione, nonostante l'utilizzo massimo della anticipazione di tesoreria, non permettono di soddisfare integralmente tale obiettivo
Ottimizzazione gestione liquidità	Governo e contenimento oneri passivi		si	1,0%		REDISTR		I trasferimenti mensili del FSR provenienti dalla Regione, nonostante l'utilizzo massimo della anticipazione di tesoreria, non permettono di soddisfare integralmente tale obiettivo
Ottimizzazione procedure contabili	Adeguamento nuovo Piano Conti/Contabilità a D.Lgs 118/2011	Adeguamento è stato effettuato	si	37,0%	100,0		37,0%	
Ottimizzazione procedure amministrative	Attivazione mandati di pagamento informatizzati	L'attività preliminare è stata tutta realizzata.	si	5,0%	100,0		5,0%	L'obiettivo non si è ancora concluso per il mancato accordo tra l'Azienda e l'Istituto Cassiere su chi si deve accollare l'onere dell'acquisto del software (circa € 5.000)
Ottimizzazione procedure amministrative	Monitoraggio mensile del CE con tutte le strutture coinvolte	Monitoraggio CE mensile con strutture coinvolte realizzato	si	30,0%	100,0		30,0%	
Qualità dei flussi informativi	Movimentazione Contabilità Analitica per competenza	Allineamento COGE COAN per procedura stipendi realizzata	si	25,0%	100,0		25,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>97,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>97,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

**S.S. Gestione Amministrativa Presidi Ospedalieri**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle risorse assegnante	Monitoraggio budget delle convenzioni con Privato accreditato	monitoraggio effettuato	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio scadenza convenzioni	monitoraggio effettuato	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio per governo economico delle convenzioni	monitoraggio effettuato	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Implementazione procedura gestione economica delle prestazioni per stranieri	procedura redatta	si	25,0%	100,0		25,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Attivazione della scelta del PLS in ospedale prima della dimissione	scelta non attivata per modifica quadro normativo relativo all'attribuzione del codice fiscale al neonato	si	25,0%		REDISTR		Il comune di Lucca non si rende disponibile a raccogliere le richieste di codice fiscale per i nati nel PO di Lucca e non ritiene comunque la cosa possibile dal punto di vista legale
Totale pesi valutati				75,0%		Totale pesi valutati raggiunti	75,0%	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento Area Tecnica

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
NUOVO OSPEDALE DI LUCCA	Rispetto del cronoprogramma definito per l'apertura del nuovo ospedale di Lucca	Tutti gli adempimenti di competenza dell'Azienda sono stati rispettati nei limiti imposti dai ritardi del Concessionario.	si	100,0%	100,0		100,0%	Il Cronoprogramma di attivazione del nuovo ospedale ha subito una serie di modifiche dettate dalle nuove situazioni che si sono venute a determinare nei rapporti con il Concessionario e delle quali è al corrente direttamente la Direzione aziendale. Questa
Totale pesi valutati				100,0%		Totale pesi valutati raggiunti	100,0%	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Gestione Patrimonio**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio dei budget di macrostruttura e relative modifiche	E' stato inviato il report semestrale, non quelli ulteriori in quanto quest'anno non si sono verificati particolari scostamenti dai budget prefissati.	1° report semestrale , 2° e 3° trimestrale	5,0%	100,0		5,0%	
Governo delle risorse assegnate	Piano contenimento spese telefoniche - Effettuare il passaggio a telefonia Voip tra le sedi aziendali principali con eliminazione dei collegamenti CDN.	Il collegamento mediante tecnologia VoIP è avvenuto nel corso del 2013. I CDN sono stati successivamente disdettati con lettera prot. 89 del 02/01/2014.		10,0%	100,0		10,0%	
Governo delle risorse assegnate	Chiusura sede Zona Distretto Viale Giusti e trasferimento c/o CdM	I trasferimenti al Campo di Marte si sono conclusi entro il 15 Giugno 2014.	30 Giugno	20,0%	100,0		20,0%	
Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio delle scadenze dei contratti di affitto e delle disdette	I contratti sono stati monitorati ed eventualmente rinnovati solo su indicazione delle macrostrutture.	si	5,0%	100,0		5,0%	
Governo delle risorse assegnate	Azzeramento delle concessioni del patrimonio aziendale in comodato d'uso	Inviata disdette per tutti i comodati	0	5,0%	100,0		5,0%	
Governo delle risorse assegnate	Riduzione della spesa per utenze rispetto ad anno precedente	gestione calore : risparmio del 22% rispetto all'anno precedente;energia elettrica : c'è stato un risparmio sui consumi del 3,53% ma un aumento della spesa a causa dell'aumento delle tariffe pari al 15%Telefonia : risparmio del 10,93% rispetto all'anno	-5%	5,0%	100,0		5,0%	
Mantenimento patrimonio immobiliare aziendale	Effettuazione di manutenzione ordinaria programmata e su guasto.	Sono stati gestiti complessivamente oltre 18.500 interventi di manutenzione di cui 11.252 di manutenzione programmata e 7262 di manutenzione su guasto.	relazione finale	15,0%	100,0		15,0%	Tutti gli interventi su chiamata sono registrati su sistema Archibus. Gli interventi di manutenzione programmata sono corredati da report cartacei.
Mantenimento patrimonio immobiliare aziendale	Effettuazione verifiche elettriche con operatori interni	Sono state complessivamente effettuate 106 verifiche su reparti	n. 30 reparti verificati	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento patrimonio immobiliare dal punto di vista funzionale e di sicurezza.	Effettuazione di manutenzione straordinaria secondo elenco approvato	In termini di numero di interventi sono stati attivati 33 interventi su 54.	85% degli interventi programmati	10,0%	84,6		8,5%	Alcuni importanti attività legate all'attivazione dell'area medica del Campo di Marte ed al trasferimento della zona distretto non comparivano in elenco. In termini monetari sono stati attivati ordini per € 1.513.232,60 quindi circa 150.000 in più dei pre
Nuovo Ospedale	Attivazione utenze elettricità, gas, acqua	Le utenze di acqua, fognatura e energia elettrica sono state attivate prima di Settembre. Per il gas c'è stato un leggero ritardo dovuto essenzialmente al ritardo con cui il concessionario ha fornito la documentazione tecnica necessaria.	30 settembre	10,0%	100,0		10,0%	



**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Gestione Patrimonio**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle Risorse Umane	Riorganizzazione attività operatori S.C.	Con delibera n.616 del 29/10/2013 sono state modificate le reperibilità degli assistenti tecnici di tutta l'area tecnica e degli operatori tecnici della Valle del serchio. Di conseguenza sono stati attivati nuove modalità di turnazione con email del 25/1	Relazione finale	5,0%	100,0		5,0%	
				<b>Totale pesi valutati</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>98,5%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

staff direzione generale

**S.C. Educazione e Promozione alla Salute**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Peer education nelle scuole superiori	Numero scuole	18	≥16	25,0%	100,0		25,0%	progettato e realizzato laboratori formativi per peer educator
Peer education nelle scuole superiori	Numero studenti	393	≥342	25,0%	100,0		25,0%	Gli studenti hanno progettato e realizzato iniziative di promozione della salute per i loro coetanei: assemblee animate, giornate del benessere, partecipazione al festival della salute...
Formazione life skill	Numero Ist. Comprensivi	11	≥8	25,0%	100,0		25,0%	
Progetto ultimora	Numero scuole	3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	
Sito web ditestamia sito	Aggiunta di due testi per area tematica	N. testi realizzati 10	si	5,0%	100,0		5,0%	
Progetto Pit stop	Reclutamento esercizi e formazione operatori entro il 2013	aderito 3 associazioni di categoria. Arruolati 14 esercizi	si	5,0%	100,0		5,0%	
Sito web ditestamia Forum	Incremento del numero degli iscritti	71,24%	≥ 50%	5,0%	100,0		5,0%	
Promozione iniziative in gestione autonoma	N. Interventi Finanziamenti diretti da stakeholders vs 2012	Finanziamenti regionali anno 2012: 850€; anno 2013 84.000,0€	3%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Fisica Sanitaria**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Implementazione filtri virtuali per LINAC	Utilizzo dei Filtri Virtuali nei piani di trattamento entro giugno	Trasmissione Relazione filtri virtuali il 10/05/2013	si	20,0%	100,0		20,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N. Dirigenti della U.O. con debito Orario	0	0	15,0%	100,0		15,0%	
Piano Operativo Nuovo Ospedale	Redazione e implementazione cronoprogramma specifico di trasferimento tutte attrezzature di radioterapia nel nuovo ospedale con funzionamento 1 Febbraio 2014 con UO Radioterapia e UO Ingegneria Clinica (entro maggio)	Fatto cronoprogramma e discusso in occasione dell'incontro della task force del 22/4/2013. Aggiornato il 08/05/13.	si	25,0%	100,0		25,0%	
Registrazione della dose	Predisposizione studio di fattibilità per la registrazione della dose nella diagnostica per immagini	Fatta relazione su " Studio di fattibilità per la registrazione della dose in diagnostica per immagini" e trasmessa alla direzione aziendale il 24/12/2013	si	10,0%	100,0		10,0%	
Autorizzazione all'esercizio per il Nuovo Ospedale	Predisposizione della relazione per le attività di Radioterapia e la Risonanza Magnetica	Fatta relazione di radioprotezione dell'EQ per Radioterapia il 13/6/13. Predisposta e inoltrata la domanda di autorizzazione del D.G. il 24/06/2013. Ottenuto Nulla Osta del SUAP Comune di Lucca per la Radioterapia il 27/08/13. Predisposta la richiesta di v	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione della gestione dei dosimetri	N° dosimetri assegnati	Assegnati 34 dosimetri in meno rispetto al 2012 per riduzione del numero degli esposti a seguito di verifica e declassamento.	≤ 2012	10,0%	100,0		10,0%	
Trasferimento tutte macchine di Radioterapia nel NH	Rispetto Cronoprogramma approvato dalla Direzione Aziendale	L'esecuzione dell'acceptance test (APT) per la tomoterapia trasferita nel nuovo ospedale è stata eseguita il 18/12/13. Il trasferimento delle macchine per Roentgenterapia e di Brachiterapia è previsto nel 2014 come da cronoprogramma.	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Formazione**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Adempimento delle disposizioni dell'accordo stato-regioni del 19 aprile 2012 per alimentazione anagrafe formativa nazionale ECM	Correttezza e completezza dei dati dell'attività formativa	l'anagrafe formativa viene alimentata continuamente. Alla fine di ogni evento formativo viene valutata completezza e correttezza dei dati per il caricamento nel software dell'anagrafe formativa	si	16,7%	100,0		16,7%	
Adempimento delle disposizioni dell'accordo stato-regioni del 19 aprile 2012 per alimentazione dossier formativi ECM	% Corsi con invio dati a Regione e CoGEAPS (entro 90 giorni dalla fine del corso)	Il flusso degli invii in regione ed al CoGEAPS è continuo nel rispetto dei tempi definiti dalla normativa (90 gg dalla fine dell'evento formativo)	100%	16,7%	100,0		16,7%	
Valutazione impatto formazione	N. corsi di formazione con attivazione e sviluppo strumenti per la valutazione dei risultati formativi	41	≥ 30 corsi	8,3%	100,0		8,3%	
Migliorare la qualità del Tirocinio degli studenti dei corsi di Laurea in infermieristica e di OSS	% Infermieri e OSS inseriti nel modello organizzativo ospedaliero per intensità di cura	Gli studenti Infermieri, inseriti nel modello organizzativo ospedaliero per intensità di cura sono stati il 95%, per gli studenti OSS, l'inserimento in tirocinio è stato del 98%.	≥ 50%	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzazione software di gestione dell'attività formativa di Area Vasta	Trasferimento archivio anagrafe formativa ASL2 e analisi delle specifiche aziendali entro settembre	SI	si	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzare programmazione didattica del tirocinio infermieristico come metodo/processo/contenuto	Realizzare un contratto formativo di tirocinio standard (sede di tirocinio e regole che lo studente deve rispettare)	il contratto di tirocinio è stato realizzato, è operativo dal 1 Dicembre 2013, data di inizio del tirocinio.	si	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzare programmazione didattica del tirocinio infermieristico come metodo/processo/contenuto	Individuare le sedi di tirocinio ad alta e media intensità terapeutica assistenziale	sono state individuate le sedi di tirocinio nella media e alta intensità di cura, a.a. 2013/2014	si	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzare programmazione didattica del tirocinio infermieristico come metodo/processo/contenuto	Comporre e formalizzare la modulistica per dichiarare il periodo di affiancamento alla guida di tirocinio degli studenti.	definita e operativa da dicembre 2013 (inizio 1° tirocinio)	si	8,3%	100,0		8,3%	
Verificare l'esecuzione delle performances e la ricaduta in termini di appropriatezza dell'efficienza e dell'efficacia.	Valutazione sulla scheda di verifica degli obiettivi di apprendimento ( % valutazione negative)	Le schede di valutazione degli obiettivi di apprendimento sono state ritirate al 100% - 0 valutazioni negative;	<5%	8,3%	100,0		8,3%	
Verificare l'esecuzione delle performances e la ricaduta in termini di appropriatezza dell'efficienza e dell'efficacia.	N. Studenti assegnati all'area a media e alta intensità di cura/N. Totale studenti assegnati	100%	>95%	8,3%	100,0		8,3%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>100,0%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Governo Clinico**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Capacità di governo dei Tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	% Tipologie di prestazioni pubblicate su Sito Internet con Tempo di attesa nei limiti regionali	Si. Pubblicazione settimanale su sito internet	>90 %	20,0%	100,0		20,0%	
Attivazione Carta Sanitaria Elettronica e Fascicolo Sanitario Elettronico	Raggiungimento Obiettivi Regionali per il 2013 (60%)	35,87%	si	10,0%	59,8		6,0%	
Informatizzazione dei MMG	Tasso % di E-prescription previsto dall'Accordo Regionale MMG per il 2013	56%	>30 %	30,0%	100,0		30,0%	
Supporto alla Programmazione di Area Vasta ai sensi della DGRT 1235/12 per la Direzione Sanitaria	Elaborazione report con cadenza prestabilita e su mandato del Direttore Sanitario	Si. Su mandato del Direttore Sanitario è stata assicurata la attiva partecipazione alle riunioni di programmazione di Area Vasta ai sensi della DGRT 1235/2012, con l'elaborazione di report mirati. Esempi: Progetto Focused Hospital Proctologico; Ottimizzaz	si	5,0%	100,0		5,0%	
Progetto TS - Ministero delle Finanze (adempimenti LEA)	Rispetto degli obiettivi previsti dall'art. 50 DLgs 269/2003	Si	si	5,0%	100,0		5,0%	
Monitoraggio e Governo del Rapporto Attività Professionale/Istituzionale	Analisi con schede ad hoc per autorizzazione	verificata l'attività istituzionale vs attività LP ed i tempi di attesa.	si	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione offerta di prestazioni di ricovero e ambulatoriale del Privato Accreditato	Individuazione quali-quantitativa del mix opportuno da acquistare dal Privato Accreditato in integrazione alla nostra offerta su mandato della Direzione Aziendale	Si. Il rinnovo delle convenzioni, ad inizio 2013, basato sulla valutazione del fabbisogno di salute. Durante l'anno, l'offerta è stata rimodulata nel rispetto del budget previstoper migliorare i tempi di attesa	si	20,0%	100,0		20,0%	
Monitoraggio interno commentato per Indicatori MES a valenza socio-sanitaria con cadenza bimestrale	Monitoraggio specifico Indicatori C1a, C2a, C3, C4a, C14, C5a, C5b, C5c, C6a, C7a,C8b, C9a, C11a, C13, C15a, C16a,		si	5,0%		dato n.d.		
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>91,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.C. Medicina Legale**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Riduzione Tempi attesa ai sensi LRT 62/2009 per Accertamento I.C.	% Cittadini con tempo attesa < 60 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE 50,3 GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione Tempi attesa ai sensi LRT 62/2009 per accertamento Handicap	% Cittadini con tempo attesa < 60 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE 60 GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione Tempi attesa ai sensi LRT 62/2009 per Accoglimento Collocamento Mirato in assunzione	% Cittadini con tempo attesa < 30 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE <30GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione Tempi attesa in Commissione Medica Locale Patenti	% Cittadini con tempo attesa < 60 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE 45 GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione del Rischio Clinico	N. Operatori formati	UTENTI 1621+FACILITATORI 39=1660	> 1700	5,0%	97,6		4,9%	
Gestione degli Eventi Sentinella	% Eventi Sentinella trattati nel rispetto tempi Procedura Aziendale su indicazioni Regione Toscana	0 EVENTI	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Miglioramento Compilazione delle Cartelle Cliniche	Indice Sintetico di Valutazione Cartelle Cliniche		+ 20%	5,0%		dato n.d.		
Sviluppo Audit e MMR in Medicina Legale	Realizzaz. n. 3 Audit e n. 6 MMR in ECM entro Settembre	SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Consulenze Medico Legali per la U.O. Affari Generali e Legali in ambito CGS	% Consulenze effettuate nei tempi previsti dalla procedura	>50%	> 50%	10,0%	100,0		10,0%	
Individuazione di Fattori di rischio clinico in Casi di contenzioso	% Audit effettuati per analisi fattori di rischio su casi di contenzioso	> 5%	+ 5%	5,0%	100,0		5,0%	
Corretta Richiesta Accertamenti Specialistici in applicazione DPCM2001 e DGRT/2004	% Utilizzo stampati bianchi con oneri a carico del cittadino	100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione gestione membri della Commissione Handicap ex LRT 62/2009	% Commissioni con utilizzo medico specialista interno	34,5%	> 20%	5,0%	100,0		5,0%	
Rischio Clinico	Indicatore Rischio Clinico		100%	5,0%		dato n.d.		
Rischio Clinico	Capacità di gestione del risarcimento	100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Rischio Clinico	% Buone Pratiche attestate		> media reg.	5,0%		manca dato confronto		
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>85,0%</b>			<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>84,9%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Politiche e sviluppo del Personale**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Miglioramento Gestione Fondi	Verifica consistenza fondi contrattuali	L'attività è stata espletata. Sono state approvati atti per ciascuna delle 3 aree contrattuali	si	15,0%	100,0		15,0%	
Miglioramento Gestione Fondi	Programmazione utilizzo fondo straordinari	Sono state avanzate alla Direzione proposte per l'utilizzo dello straordinario.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Proposta di delibera per la graduazione delle funzioni aziendali	Sono stati predisposti i regolamenti delle due aree della dirigenza. I percorso sindacale della Dirigenza medica si è concluso entro l'anno. L'iter sindacale della Dirigenza Spta era ancora in corso alla fine dell'anno per cause indipendenti dalla volont	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Revisione Coordinamenti e Posizioni Organizzative	Sono stati predisposti i regolamenti per Posizioni Organizzative e Coordinamenti e tutte le simulazioni a ciò conseguenti. L'iter sindacale iniziato da mesi è ancora in corso per cause indipendenti dalla volontà dell'ufficio.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Proposta delibera monte ore per partecipazione a riunioni sindacali	La delibera è stata approvata.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Sviluppo del Personale	Adozione di un sistema di valutazione del personale	Con gli accordi sugli incentivi aziendali e i regolamenti di graduazione delle funzioni è stato definito il sistema di valutazione sugli stessi incentivi e sugli incarichi professionali.	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Monitoraggio ore per partecipazione a riunioni sindacali	La delibera è stata approvata.	si	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.C. Programmazione Acquisti e Logistica**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Apertura Nuovo Ospedale	Monitoraggio/Attivazione Procedure Nuovo Ospedale	Effettuati gli ordinativi di tutte le forniture	si	60,0%	100,0		60,0%	
Gare di appalto gestione RSA	Coordinamento gruppo aggiudicazione gare RSA	Avviata la nuova gestione della struttura San Cataldo, terminata la procedura relativa a Marlia (ricorso in atto) e ai trasporti interni del NO. Inviata le coperture economiche e documentazione per effettuazione delle ulteriori gare RR.SS.AA. E CC.DD	si	40,0%	100,0		40,0%	
				<b>Totale pesi valutati</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	



**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.C. Programmazione e Controllo di Gestione**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione Percorso di budgeting	Monitoraggio Trimestrale Schede di Budget con incontri di verifica ad hoc con CdR	Il monitoraggio, tenendo anche conto degli accordi sindacali stipulati, in accordo con la direzione aziendale, è stato modificato e realizzato su base quadrimestrale	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione Percorso di budgeting	Monitoraggio Trimestrale Budget Economico assegnato con incontri di verifica ad hoc con CdR	Monitoraggio budget economico effettuato in corrispondenza delle verifiche quadrimestrali degli obiettivi di budget	si	20,0%	100,0		20,0%	
Supporto Informativo all'Accordo Integrativo Aziendale con MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	Reportistica da assicurare con cadenza trimestrale		si	15,0%		REDISTR		accordo con MMG/PLS è stato stipulato a dicembre
Ottimizzazione Percorso di budgeting	Invio Report di sintesi alla Direzione Aziendale per l'Analisi dei scostamenti con cadenza trimestrale	Reportistica sulla produzione e consumi mensilizzata - Reportistica su obiettivi di budget quadrimestrale, anche in considerazione degli accordi sindacali	si	20,0%	100,0		20,0%	
Controllo Servizi Residenzialità	Verifica presenze pazienti RSA vs Ricoveri		si	10,0%		REDISTR		Problema tecnico relativo alla selezione dei pazienti tramite codice fiscale per inizio utilizzo nella SDO dell'identificativo unico regionale
Completezza Reportistica Direzionale	Reportistica Dipartimento Prevenzione	Completa autonomia nella estrazione dei dati dal software "Prodotti Finiti". Reportistica realizzata con cadenza quadrimestrale legata allo stato di avanzamento degli obiettivi di budget	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>75,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>75,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.S. Comunicazione, Gestione Relazioni con il pubblico e Marketing**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Osservatorio Regionale - cittadini che trovano soluzione ai problemi senza utilizzare strumento del reclamo	Numero di cittadini presi in carico direttamente vs 2012	Le prese in carico del 2013 sono state 2.430, rispetto alle 543 registrate nel corso del 2012. L'obiettivo è quindi stato abbondantemente raggiunto	+5%	10,0%	100,0		10,0%	
Osservatorio Regionale - Miglioramento tempi di risposta ai reclami dei cittadini	% risposta reclami entro 60gg		≥60%	15,0%		dato n.d.		
Osservatorio Regionale - Miglioramento strumenti di contatto del cittadino con l'URP	Aumento numero di contatti di posta elettronica con l'URP vs 2012	L'obiettivo è stato raggiunto, con un numero di contatti per posta elettronica nettamente superiore (691 contro 36) rispetto al 2012	+5%	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento strumenti di contatto del cittadino con l'URP	Aumento numero di contatti con il Sito Internet aziendale vs 2012	visite: +49,46%; visitatori unici +49,21%	+3%	10,0%	100,0		10,0%	
Familiarizzazione dipendenti con Nuovo Ospedale	Numero di visite al Nuovo Ospedale per Dipendenti	effettuate oltre 60 visite mirate al Nuovo Ospedale di Lucca, riservate a nostri dipendenti	≥50	10,0%	100,0		10,0%	
Promozione e conoscenza del Nuovo Ospedale	Numero di incontri formativi/informativi con Dipendenti	26 incontri formativi/informativi	≥20	10,0%	100,0		10,0%	
Informazione alla cittadinanza sul campo per Nuovo Ospedale	Numero di visite al Nuovo Ospedale per Popolazione e Stakeholders	36	≥20	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza nell'utilizzo delle risorse	Rispetto del Budget Assegnato	E' stato rispettato il budget assegnato	si	15,0%	100,0		15,0%	
Miglioramento della comunicazione e partecipazione del cittadino	Indicatore Sintetico MeS - "Comunicazione e Partecipazione del Cittadino	83%	≥ 82,5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.S. Gestione Operativa e Sviluppo Organizzativo**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Miglioramento della Logistica dei beni	Stesura Piano Operativo per la Logistica dei beni in funzione della nuova piattaforma di distribuzione del Nuovo Ospedale	Redatto Piano Operativo per Estav	si	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento dei Trasporti interni	Stesura Piano Operativo per il Trasporto Leggero e Pesante per il Nuovo Ospedale	Partecipato al Gruppo di stesura del Piano Operativo per il trasporto	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione dei processi aziendali	Integrazione delle differenti Applicazioni Informative Ospedaliere in un ottica di riorganizzazione dei processi	100% per il supporto dato all'ottimizzazione dei processi in una logica di integrazione (specifiche tecniche, analisi dei processi). Valutato lo stato dell'arte degli applicativi aziendali e relative integrazioni. Proposte analisi di processo per individu	si	5,0%	100,0		5,0%	
Progetto Net Visual DEA	Estensione del Visual Hospital a tutte le Aree di degenza dell'Ospedale Campo di Marte prima del trasferimento nel NH	estensione completata	si	20,0%	100,0		20,0%	
Progetto Net Visual DEA	Estensione del Plan for Every Patient nel Pronto Soccorso e nelle UU OO del Padiglione C dell'Ospedale Campo di Marte prima del trasferimento nel NH		sospeso	15,0%		REDISTR		Non raggiungibile nell'anno perché subordinato e bloccato dall'utilizzo della cartella integrata informatizzata
Sviluppo e miglioramento del Bed Management in collaborazione con la Direzione di Presidio Ospedaliero e ICT	Sviluppo del software dedicato alla gestione dei posti letti in un ottica multispecialistica	Documentazione con ruolo Bed Manager e Individuata nuova procedura di presidio su gestione posti letto	si	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento utilizzo Sedute Blocco Operatorio	Incremento Indici di produttività assegnati al Direttore Dipartimento Chirurgico	Partecipato alla stesura del progetto di riorganizzazione del Blocco.	si	5,0%	100,0		5,0%	
Miglioramento Produttività nella Diagnostica Pesante per interni	% Prestazioni TC e RM richieste dai reparti di degenza e refertate entro 48 ore dalla richiesta	Analisi Organizzativa effettuata. Individuate criticità e possibili soluzioni iniziato percorso di implementazioni delle soluzioni.% migliorata su due rilevazioni fatte a distanza di 6 mesi.	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>85,0%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

staff direzione generale

**S.S. Qualità e Accreditamento**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Autorizzazione all'esercizio Ospedale S. Luca	Rispetto cronoprogramma per la Domanda in Regione	si	si	41,7%	100,0		41,7%	
Allineamento del Sistema di Gestione della Qualità (Revisione Procedure Aziendali, Modulistica, etc..)	Procedure Revisionate	si	si	8,3%	100,0		8,3%	
Accreditamento Istituzionale Aziendale e Supporto alle Strutture aziendali nei percorsi specifici in base al nuovo Regolamento Aziendale e in conformità agli indirizzi regionali	Aggiornamento domanda di Accreditamento sia cartaceo (tabelle) sia informatizzata (indicatori) su Programma informatizzato Regionale	si	si	25,0%	100,0		25,0%	
Revisione/ implementazione di alcuni percorsi assistenziali e di presa in carico appropriata dei pazienti favorendo l'integrazione ospedale -territorio	PDTA / PIC specifici revisionati o implementati vs 2012	si	>5	16,7%	100,0		16,7%	Aggiornati e/o implementati il Percorso ambulatoriale Salute Mentale adulti VdS (SMAV), Salute Mentale Adulti Lucca (SMAL), Chirurgia, Medicina dello Sport. E' stato implementato il lavoro sul PDTA "Ferite difficili in trattamento con terapia topica ne
Implementazione processo di ricovero in Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza (in collaborazione con Pronto Soccorso, Macrostruttura Ospedaliera, Comunicazione, Gestione relazioni con il Pubblico e Marketing, etc..)	Analisi di processo con Procedure/registrazioni / Fattori di Qualità (Utente, Cliente interno, Azienda)	si	si	8,3%	100,0		8,3%	Redatto il processo di ricovero, con fasi, procedure, moduli, ed il Regolamento di Medicina d'urgenza.
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			
					<b>100,0%</b>			

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.S. Servizio Prevenzione e Protezione dei Rischi**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione attività connesse con la Radioprotezione	Stesura e implementazione Regolamento Aziendale per la Radioprotezione	si	si	10,0%	100,0		10,0%	
Diminuzione e gestione rischi connessi alle attività lavorative	Aggiornamento, stesura e implementazione del Regolamento per la Sicurezza sui luoghi di lavoro	si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Attività di formazione e informazione dei lavoratori	N. di Corsi rivolti ai lavoratori tesi alla diminuzione e gestione dei rischi sul lavoro vs 2012	si	+3	5,0%	100,0		5,0%	4 corsi di formazione (16 ore - accordo stato regioni 2011), 2 corsi alto rischio incendio VVF
Incremento dei Dispositivi di Protezione Individuale	N. di Dispositivi di Protezione Individuale utilizzati vs 2012		+ 2%	5,0%		dato n.d.		
Supporto e contributo per attivazione Nuovo Ospedale	Attuazione Cronoprogramma del Trasferimento di materiali e attività previsto dalla Task Force Nuovo Ospedale	si	si	50,0%	100,0		50,0%	
Diminuzione tasso di infortunio del perosnale	Tasso di infortunio		< 4	10,0%		dato n.d.		
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>85,0%</b>			<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>

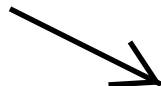
**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

staff direzione generale

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Rimodulazione dell'Unità Operativa	Trasferimento personale da Sede di capannori a sede ex OMNI	si	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione nella Valutazione dei Rischi con SPP	Sopralluoghi congiunti con SPP	28	> 20	10,0%	100,0		10,0%	
Rimodulazione dell'Unità Operativa	Assegnazione di incarichi ai medici competenti come da Deliberazione DG n. 650 del 6/12/2012	si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Integrazione con Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi	Partecipazione dei neoassunti ai corsi di formazione ad hoc		100%	10,0%		dato n.d.		
Integrazione con Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi	Aggiornamento del Documento sulla Valutazione dei rischi	si	si	20,0%	100,0		20,0%	Effettuato aggiornamento Dvr per MMC nelle sale operatorie, in corso revisione del Dvr del dip di prev..E' iniziata la valutazione del rischio chimico e biologico del nuovo Ospedale .In fase avanzata la stesura dei DUVRI. In discussione le basi per la MMC
Ottimizzazione Sorveglianza Sanitaria	Aggiornamento e omogenizzazione dei Protocolli utilizzati per la Sorveglianza Sanitaria dei dipendenti	si	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione collaborazione con OUC Assistenza Infermieristica Ospedaliera	Redazione e implementazione protocollo condiviso con UOC Assistenza Infermieristica Ospedaliera per adeguato collocamento del personale in base alle potenzialità psico-fisiche	si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Totale pesi valutati				<b>90,0%</b>		Totale pesi valutati raggiunti	<b>90,0%</b>	

# VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET 2013 -- INFERMIERI - OSS

vai alle diverse aree



Area Comune

Blocco Operatorio

Dip Attivita' Spec. Territ.

Dip Chirurgico

Dip Cure Primarie

Dip Prevenzione

Dip Diagnostica

Dip Emergenza/Urgenza

Dip Materno Infantile

Dip Medico

Dip Oncologico

Dip Salute Mentale

Formazione

Poliambulatorio H

Staff Direzione Infermieristica

info: [a.benedetti@usl2.toscana.it](mailto:a.benedetti@usl2.toscana.it) ---- 3313

[f.lorenzoni@usl2.toscana.it](mailto:f.lorenzoni@usl2.toscana.it) ---- 2832

**Area Comune**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità nell'organizzazione	verifiche nei punti di produzione dei rifiuti sanitari pericolosi (Reparti di Degenza)		19	>=10 verifiche	35,0%	100,0%		35,0%	
Miglioramento della qualità della campionatura acque monitor dialisi	n. controlli/n. monitor dialisi		50%	50%	40,0%	100,0%		40,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti



**Obitorio Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici	7.851	1.296	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	n° reclami urp			<5	30,0%	100,0%		30,0%	
Tempestività invio flusso informativo decessi al Comune di residenza (Rispetto PPHL14)	N° reclami dei comuni		0	<5	30,0%	100,0%		30,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Blocco Operatorio Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Corretta compilazione Check list di sicurezza del paziente chirurgico		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Corretta compilazione scheda di tracciabilità : conteggio garze		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	indicatore incluso nella check list di sala operatoria
Qualità dell'organizzazione	Gestione informatizzata delle scorte del magazzino all'interno del blocco operatorio			si	20,0%		REDISTR		
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	384.447	301.537	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione del debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					45,0%			45,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Blocco Operatorio VDS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	253.184	244.057	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Corretta compilazione Check list di sicurezza del paziente chirurgico		95%	100%	30,0%	95,0%		28,5%	Media ponderata tra il 68,57 della gineco ed il 100% degli altri
Qualità dell'assistenza	Corretta compilazione scheda di tracciabilità : conteggio garze		95%	100%	30,0%	95,0%		28,5%	incluso nella check list di sala operatoria
Riduzione del debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					65,0%			62,0%	Totale pesi valutati raggiunti

## Ambulatori Territorio Lucca

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		72%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	Stesura del progetto di riorganizzazione delle attività ambulatoriali		si	si	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	114.886	110.184	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	Realizzazione di un punto accoglienza presso distretto Marlia			si	10,0%		REDISTR		manca di spazi
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Ambulatori Territorio VDS**

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	30,0%	100,0%		30,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	31.958	30.172	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	30,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**CENTRO DIABETOLOGICO LUCCA**

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		72%	60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		3	≥3	15,0%	100,0%		15,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	30,0%	100,0%		30,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Centro Prelievi Piana di Lucca**

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Applicazione buona pratica lavaggio mani		70%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	Applicazione procedura disinfezione sito venipuntura		60%	>= score 60	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso assistenziale	Segnalazioni/Reclami Urp			<2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità del percorso assistenziale ( incremento attività preaccettazione centro prelievi H )	Attività di pre-accettazione esami			>2012	20,0%		REDISTR		dato 2012 non disponibile
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	77.481	78.309	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>55,0%</b>			<b>55,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Centro Stomizzati**

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso	n° consulenze nei setting d i degenza entro 48 ore/ n° richieste consulenze		100%	90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	n° pazienti presi in carico/n° pazienti dimessi con stomie Area Chirurgica		100%	90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			≤2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	n° cartelle correttamente compilate ed aggiornate/ paz in carico		86%	100%	10,0%	76,3%		7,6%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz			<2012	5,0%		REDISTR		non esiste cdc dedicato
Riduzione del debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					<b>70,0%</b>			<b>67,6%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>



**Riabilitazione Barga**

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici X paz	18.872	16.325	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		100%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale/personalizzazione dell'assistenza	compilazione scheda spai/ricoverati		100%	>60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		100%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

## Vaccinazioni P

Dipartimento Attività Specialistiche Territoriali

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Miglioramento flussi informativi	% vaccinazioni registrate in caribel/vaccinazioni tot		100%	100%	40,0%	100,0%		40,0%	
Qualità del percorso	Reclami urp			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			>80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	10,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					60,0%			60,0%	Totale pesi valutati raggiunti

## Chirurgia Polispécialistica Alta Intensità/Deg.Lunga

Dipartimento Chirurgico e delle Specialità Chirurgiche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%raaa	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	71.872	68.207	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		85%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		92%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda valutazione multidimensionale/ricoverati		82%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		96%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

## Chirurgia Polispecialistica Deg.Breve

Dipartimento Chirurgico e delle Specialità Chirurgiche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		86%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		94%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda valutazione multidimensionale/ricoverati		96%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		91%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	24.512	23.905	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Oculistica**

Dipartimento Chirurgico e delle Specialità Chirurgiche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	662.969	616.438	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		91%	90%	20,0%	100,0%		20,0%	il valore dell'oculistica è considerato nella chir breve
Qualità assistenziale	Nr reclami URP			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	% infermieri di sala operatoria che svolgono funzioni addetti anestesia / infermieri formati		75,0%	100%	20,0%	75,0%		15,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

## Ortopedia

Dipartimento Chirurgico e delle Specialità Chirurgiche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	185.019	122.981	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		92%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		98%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda valutazione multidimensionale/ricoverati		97%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		91%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

## Ortopedia/Chirurgia Castelnuovo

Dipartimento Chirurgico e delle Specialità Chirurgiche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	501.150	358.540	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		99%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda valutazione multidimensionale/ricoverati		100%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		100%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

## Sala Gessi

Dipartimento Chirurgico e delle Specialità  
Chirurgiche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		98%	60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	76.021	67.309	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		3	≥3	20,0%	100,0%		20,0%	ortopedia
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	30,0%	100,0%		30,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					65,0%			65,0%	Totale pesi valutati raggiunti



**ADI LUCCA**

 Dipartimento Cure Primarie Intermedie e  
residenzialità

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso assistenziale	corretto utilizzo Cartella Infermieristica Caribel (completezza dei campi definiti come obbligatori)		83%	≥70%	10,0%	100,0%		10,0%	
Incremento attività prestazioni ADI	N° prestazioni anno 2012 (inserite in caribel)	89.543	197.543	5%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	34.884	35.413	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**ADI VDS**

Dipartimento Cure Primarie Intermedie e residenzialità

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso assistenziale	corretto utilizzo Cartella Infermieristica Caribel (completezza dei campi definiti come obbligatori)		100%	≥70%	10,0%	100,0%		10,0%	
Incremento attività prestazioni ADI	N° prestazioni anno 2012 (inserite in caribel)	40.575	44.011	+5%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	188.803	167.113	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					65,0%			65,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**RSA Coreglia**

Dipartimento Cure Primarie Intermedie e residenzialità

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		62%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	7.132	5.530	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Audit cadute		1	≥1	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	≥90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione utilizzo presidi antidecubito in RSA	% presidi prescritti secondo protocollo aziendale		100%	≥90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**RSA Villetta**

Dipartimento Cure Primarie Intermedie e residenzialità

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		70%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	5.258	3.640	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Audit cadute		1	≥1	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	≥90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione utilizzo presidi antidecubito in RSA	% presidi prescritti secondo protocollo aziendale		100%	≥90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Dip. Prevenzione**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Miglioramento flussi informativi	% vaccinazioni registrate in caribel/vaccinazioni tot		100%	100%	40,0%	100,0%		40,0%	
Qualità del percorso	Reclami urp			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			>80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	10,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					60,0%			60,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Epidemiologia**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso: Aumento dell'estensione dei programmi di screening ( mammografico- cervice uterina- colon retto)	n° inviti inesitati/n° inviti spediti	1,4%	0,6%	<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità nell'organizzazione	monitoraggio curva influenzale e rapporto con soggetti vaccinati	n.d.	si	si	20,0%	100,0%		20,0%	in fase di elaborazione
Qualità nell'organizzazione: riduzione tempi di attesa tra esame effettuato e invio lettera di negatività	n° giorni di attesa tra esame e comunicazione negatività dei tre screening	81,86%	92,4%	90% ≤21 giorni	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate			>80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>60,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Radiologia VDS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza: sicurezza pazienti barellati pre-post esecuzione esami	n° cadute pazienti barellati		0	0	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	n° reclami urp			<2012	30,0%	100,0%		30,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	0,0066	0,0096	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	in relazione al valore dell'attività prodotta
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			50,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Radiologia/Med Nucleare/Radioterapia  
Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%raaa	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza: formazione personale sull'emergenza sanitaria	n° personale formato/n° personale		90%	90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza: formazione/addestramento personale sulla gestione dei dispositivi impiantabili tipo pic - porth	n° personale formato/n° personale		90%	90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	142.885	74.394	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	n° reclami urp		1	<2012	20,0%	100,0%		20,0%	soglia = 1 reclamo
Qualità dell'assistenza: sicurezza pazienti barellati pre-post esecuzione esami	n° cadute pazienti barellati	2	0	0	10,0%	100,0%		10,0%	l'unica caduta del 2013 si è avuta in fase di effettuazione dell'esame; non di pertinenza dell'IP
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>55,0%</b>			<b>55,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>



**Ambulatori Cardiologici Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		85%	60%	25,0%	100,0%		25,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		4	≥3	25,0%	100,0%		25,0%	cardiologia
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	4.268	4.794	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	differenza non significativa
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**CARDIOLOGIA/UTIC Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso ( Formazione Corso Inf esperto complessità assistenziale liv 1 )	% infermieri formati / infermieri identificati per la formazione		90%	>60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	160.739	142.567	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		82%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda multidimensionale/paz ricoverati		92%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		91%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		79%	>80%	10,0%	95,0%		9,5%	ultimamente sono nettamente migliorati
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>74,5%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Centrale Operativa 118**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso assistenziale: ambulanza infermieristica	Servizio ambulanza infermieristica h 12 da luglio 2013		ok da ottobre	si	20,0%	100,0%		20,0%	partenza differita per decisione direzione
Qualità del percorso assistenziale: ambulanza infermieristica	Servizio ambulanza infermieristica h 24 da settembre 2013		ok da ottobre	si	20,0%	100,0%		20,0%	partenza differita per decisione direzione
Qualità del percorso assistenziale	N° Audit clinici		3	≥3	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	57.037	58.158	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Emodinamica**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		90%	60%	25,0%	100,0%		25,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		4	≥3	25,0%	100,0%		25,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		90%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	74.737	78.055	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			70,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Pronto Soccorso Lucca**

Dipartimento Emergenza Urgenza

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		91,60%	60%	30,0%	100,0%		30,0%	
Qualità del percorso	Presenza Infermiere GPA nelle 12 ore da lunedì a venerdì		SI	si	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	169.842	157.591	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		4	≥3	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Pronto Soccorso VDS**

Dipartimento Emergenza Urgenza

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso	% operatori formati sul percorso dei codici rosa		100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		4	≥3	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	N° cadute pazienti barellati		0	< 2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità del percorso	N° reclami Urp			< 2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	77.409	83.175	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					<b>75,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Rianimazione**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Compilazione scheda CVC come da procedura aziendale		100%	>50%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	Compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		85%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	Compilazione scheda multidimensionale/paz ricoverati		100%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		93%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	142.542	143.426	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Sub Intensiva respiratoria**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		98%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda multidimensionale/paz ricoverati		91%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		93%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		82%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	47.583	31.406	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità del percorso ( Formazione Corso Inf esperto complessità assistenziale liv 1 )	% infermieri formati / infermieri identificati per la formazione			>60%	10,0%		REDISTR		Setting riorganizzato in corso d'anno. Personale non identificato per formazione
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>



**Ostetricia Lucca (Inf/OSS)**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Formazione Cartella Infermieristica elettronica	N° operatori formati/tot operatori x100		90%	80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	N°neonati allattamento esclusivo/neonati sani		82,37%	>=75%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	238.357	201.004	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità nell'organizzazione	Implementazione organizzazione modulare per cellule			si	20,0%		REDISTR		personale ostetrico non ancora sufficiente
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati			90%	10,0%		REDISTR		l'indicatore sulle paz ostetriche non viene rilevato
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>45,0%</b>			<b>45,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Ostetricia Lucca (ostetriche)**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso	Supporto contatto pelle a pelle madre-neonato sano a termine		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	238.357	201.004	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità nell'organizzazione	Implementazione organizzazione modulare per cellule			si	20,0%		REDISTR		personale ostetrico non ancora sufficiente
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati			90%	20,0%		REDISTR		l'indicatore sulle paz ostetriche non viene rilevato
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>25,0%</b>			<b>25,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Ostetricia VDS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso	Supporto contatto pelle a pelle madre-neonato sano a termine		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	117.140	101.139	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità nell'organizzazione	Implementazione organizzazione modulare per cellule			si	20,0%		REDISTR		personale ostetrico non ancora sufficiente
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>45,0%</b>			<b>45,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**PERSONALE INFERMIERISTICO/OSS/OSTETRICO: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Pediatria Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Formazione Cartella Infermieristica elettronica	N° operatori formati/tot operatori x100		80%	80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	N°neonati allattamento esclusivo/neonati sani		100,00%	>=75%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	73.360	55.311	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità nell'organizzazione	Implementazione organizzazione modulare per cellule			si	10,0%		REDISTR		personale ostetrico non ancora sufficiente
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Pediatria/Ostetricia/Ginecologia VDS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso	N°neonati allattamento esclusivo/neonati sani	82,06%	77,81%	>=75%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso	Supporto contatto pelle a pelle madre-neonato sano a termine da parto vaginale	91,82%	100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	131.524	115.165	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità nell'organizzazione	Implementazione organizzazione modulare per cellule			si	20,0%		REDISTR		personale ostetrico non ancora sufficiente
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>55,0%</b>			<b>55,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**AREA MEDICA POLISPECIALISTICA 2A 2B  
3A 3B**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%raaa	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		95%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		93%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		84%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale/personalizzazione dell'assistenza	compilazione scheda spai/ricoverati		86%	>90%	10,0%	80,0%		8,0%	considerato come punto di partenza il dato del primo quadrimestre (70%)
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	162.347	138.414	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Qualità dell'assistenza	compilazione valutazione necessità trasporto ambulanza			>90%	10,0%		REDISTR		il monitoraggio è iniziato a metà anno inoltre non erano ancora disponibili le nuove cartelle inf. per rilevare il dato
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>63,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**AREA MEDICA POLISPECIALISTICA 4A 4B**
**4C**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%raaa	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati	100%	99%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		95%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		96%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale/personalizzazione dell'assistenza	compilazione scheda spai/ricoverati		86%	>90%	10,0%	80,0%		8,0%	considerato come punto di partenza il dato del primo quadrimestre (70%)
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	102.041	109.295	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Qualità dell'assistenza	compilazione valutazione necessità trasporto ambulanza			>90%	10,0%		REDISTR		il monitoraggio è iniziato a metà anno inoltre non erano ancora disponibili le nuove cartelle inf. per rilevare il dato
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>58,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

## Area Medica Polispecialistica Castelnuovo

Dipartimento Medico e delle Specialità Mediche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		100%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale/personalizzazione dell'assistenza	compilazione scheda spai/ricoverati		95%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	da agosto 2013 iniziano ad utilizzare la scheda SPAI
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		100%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	84.637	88.029	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			70,0%	Totale pesi valutati raggiunti



**CENTRO PRELIEVI E TRASFUSIONALE VDS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Applicazione procedura disinfezione sito venipuntura		60	SCORE ≥ 60	30,0%	100,0%		30,0%	
Qualità assistenziale	Buona pratica lavaggio mani		60%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso assistenziale ( riduzione eventi avverti )	Eventi avversi nei donatori di sangue	47	25	< 2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	113.050	67.514	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

## CENTRO TRASFUSIONALE LUCCA

Dipartimento Medico e delle Specialità  
Mediche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Applicazione procedura disinfezione sito venipuntura		80%	SCORE ≥ 60	30,0%	100,0%		30,0%	
Qualità assistenziale	Buona pratica lavaggio mani		80%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso assistenziale ( riduzione eventi avverti )	Eventi avversi nei donatori di sangue	55 eventi	46 eventi	< 2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	383.541	123.760	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			75,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Dialisi Lucca**

 Dipartimento Medico e delle Specialità  
Mediche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	integrazione dialisi peritoneale/emodialisi		si	si	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza: formazione/addestramento infermieri extracorporea su tecniche di dialisi peritoneale	n° personale formato/n° personale identificato per la formazione		19/19	98%	20,0%	100,0%		20,0%	18 inf addestrati DP su 19 identificati dei 27 assegnati: 4 esonerati per patologia; 1 assente per gravidanza; 1 esonerato per addestramento in HD, 2 già DP
Qualità dell'assistenza	n° reclami urp			<2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza: gestione dolore	n° utenti sottoposti a venipuntura bottom hole/n° utenti dializzati		29,1%	30%	20,0%	97,0%		19,4%	dal totale utenti non devono essere considerati i portatori di CVC e di protesi
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	30.287	35.476	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>69,4%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

## Dialisi VDS

Dipartimento Medico e delle Specialità  
Mediche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza: gestione dolore	n° utenti sottoposti a venipuntura bottom hole/n° utenti dializzati		31%	30%	30,0%	100,0%		30,0%	dal totale utenti non devono essere considerati i portatori di CVC e di protesi
Qualità del percorso	N° Audit clinici		3	≥3	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	n° reclami urp			<2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	9.016	9.415	<2012	5,0%	0,0%		0,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					75,0%			70,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		85%	60%	25,0%	100,0%		25,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	47.583	31.406	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità del percorso	N° Audit clinici		4	≥3	25,0%	100,0%		25,0%	
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Malattie Infettive**

Dipartimento Medico e delle Specialità  
Mediche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	39.176	32.797	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		100%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		97%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità assistenziale/personalizzazione dell'assistenza	compilazione scheda spai/ricoverati		100%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	compilazione valutazione necessità trasporto ambulanza		100%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		98%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**MEDICINA BARGA**

 Dipartimento Medico e delle Specialità  
Mediche

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione dell'assistenza	% di pazienti che identificano l'infermiere di riferimento nel giorno indice		E' individuato nell'infermieri di cellula	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	E' considerato raggiunto se esiste una procedura codificata di attribuzione
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	66.248	62.133	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		98%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		96%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale/personalizzazione dell'assistenza	compilazione scheda spai/ricoverati		100%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Monitoraggio dolore secondo Buona Pratica/Pz ricoverati		100%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**DH Polispecialistico**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici X paz	106.335	88.924	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Compilazione scheda CVC come da procedura aziendale		100%	>50%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Corretta gestione farmaci antitumorali come procedura		si	>70%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					65,0%			65,0%	Totale pesi valutati raggiunti



**ITT ACCOGLIENZA**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del percorso	N° Audit clinici		3	≥3	30,0%	100,0%		30,0%	oncologia
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	30,0%	100,0%		30,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	25,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					60,0%			60,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**PERSONALE INFERMIERISTICO/OSS/OSTETRICO: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**Sert Lucca**

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	15,0%	100,0%		15,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	9.994	5.385	<2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	25,0%	100,0%		25,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	25,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	15,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>50,0%</b>			<b>50,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Sert VdS**

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	15,0%	100,0%		15,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	3.413	2.774	<2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	25,0%	100,0%		25,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	25,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	15,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>50,0%</b>			<b>50,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**PERSONALE INFERMIERISTICO/OSS/OSTETRICO: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SMA Lucca**

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Adozione buone pratica lavaggio mani		73%	60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità della documentazione	Presenza nella documentazione inf.ca della rivalutazione come da nuova documentazione		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	Utilizzo nuova documentazione: cartella inf.ca ( unica per lucca valle ) per i nuovi casi		100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
miglioramento flussi informativi	Prestazioni registrate/effettuate ( settimanalmente )		95%	90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	6.609	5.446	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione del debito orario	% operatori con Debito Orario > 20			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**SMA Valle del Serchio**

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Adozione buone pratica lavaggio mani		70%	60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità della documentazione	Presenza nella documentazione inf.ca della rivalutazione come da nuova documentazione		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	Utilizzo nuova documentazione: cartella inf.ca ( unica per lucca valle ) per i nuovi casi		100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
miglioramento flussi informativi	Prestazioni registrate/effettuate ( settimanalmente )		95,00%	90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	1.602	1.061	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda retos/paz ricoverati		100%	>90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione del debito orario	% operatori con Debito Orario > 20			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**PERSONALE INFERMIERISTICO/OSS/OSTETRICO: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**SPDC Lucca**

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità assistenziale	Applicazione buona pratica lavaggio mani		73%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	5.885	4.444	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda monitoraggio ulcere da pressione /pz ricoverati		85%	>80%	20,0%	100,0%		20,0%	da agosto 2013 hanno iniziato ad utilizzare la nuova cartella infermieristica con la scheda come da P.A.
Qualità assistenziale	Compilazione scheda retos/paz ricoverati		98%	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità assistenziale	compilazione scheda valutazione multidimensionale/ricoverati		100%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**FORMAZIONE DI BASE E COMPLEMENTARE**

Formazione di base e complementare

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità del processo di formazione tirocinio professionalizzante/tutoraggio	% studenti affidati per tutoraggio- valutazione tirocinio all'infermiere di cellula/ studenti in tirocinio area medica e area ch		70%	> 60%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità del processo di formazione	n° questionari valutazione negativa corsi		0%	<2012	15,0%	100,0%		15,0%	
Qualità del processo di formazione tirocinio professionalizzante/tutoraggio	numero studenti che hanno sostenuto gli esami di tirocinio/numero degli studenti che hanno terminato le ore di tirocinio		98%	>80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Contenimento della spesa	Riduzione della spesa complessiva di carta	1.323	772	<=2012	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione Infortuni studenti corsi oss e inf	% Infortuni studenti tirocinanti	14	9	≤ 2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					65,0%			65,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Ambulatori cardiologici VdS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	25,0%	100,0%		25,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	6.150	5.104	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<2012	25,0%	100,0%		25,0%	
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti



**Ambulatori Chirurgici Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Collaborazione alla Revisione "gestione dolore medicazioni ulcere"		si	si	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	326.720	290.946	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<3	30,0%	100,0%		30,0%	
Riduzione del debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Ambulatori Medici Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		100%	60%	40,0%	100,0%		40,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	214.205	203.985	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<3	30,0%	100,0%		30,0%	
Riduzione del debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Ambulatori polispecialistici Ospedale Barga**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Applicazione buona pratica lavaggio mani		60%	60%	25,0%	100,0%		25,0%	
Qualità dell'assistenza	Reclami urp			<3	25,0%	100,0%		25,0%	
Contributo nell'appropriato consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva Dispositivi Medici x paz	34.896	35.380	<2012	5,0%	100,0%		5,0%	sostanziale invarianza
Riduzione del debito orario	% operatori con debito orario > 20 ore			0%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Direzione Infermieristica**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'organizzazione	Partecipazione Incontri di Task Force per attivazione organizzazione Nuovo Ospedale		si	90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'organizzazione	Partecipazione percorsi formativi Nuovo Ospedale su programmati		si	80%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'organizzazione	N° corsi formazione realizzati/programmati		90%	80%	15,0%	100,0%		15,0%	
Qualità del percorso	Formazione/Sperimentazione CCE nel/nei setting identificati per sperimentazione		SI	si	10,0%	100,0%		10,0%	
Contenimento della spesa	Riduzione della spesa complessiva di carta	915	233	<=2012	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'organizzazione	Audit 5 s Area Medica Polispecialistica Lucca		99%	score >90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dell'assistenza	Revisione procedura "Prevenzione e trattamento UdP"		si	si	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Medicina Legale**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Gestione del Rischio Clinico	N° corsi realizzati/programmati		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità del percorso: registrazione incident reporting on line	N° incontri realizzati/programmati		100%	95%	20,0%	100,0%		20,0%	
Riduzione dei tempi di attesa in Commissione Medica Locale Patenti (effettazione riflessi audiovisivi)	% cittadini con tempi di attesa < 60 gg tra invio on line domande e chiamata a visita		100%	100%	15,0%	100,0%		15,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia			<2012	5,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					55,0%			55,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**Sorveglianza Sanitaria**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione del percorso: riorganizzazione archivio cartelle sanitarie	Cartelle catalogate/tot. cartelle		100%	100%	20,0%	100,0%		20,0%	
ottimizzazione collaborazione con UOS Assistenza inf.ca ospedaliera Lucca e VDS	n° infermieri e oss rivalutati/n° inf e oss con comunicazione di trasferimento		90%	90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Ottimizzazione del percorso	Produzione report inf e oss non presentati a visita per idoneità dopo secondo avviso		si	si	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione del percorso	Produzione report programmazione e esecuzione visite operatori azienda		si	si	5,0%	100,0%		5,0%	
Riduzione debito orario	N° A. S e infermieri con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate			≥80%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per A.S inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>55,0%</b>			<b>55,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Ufficio DRG Aziendale**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Controllo ricoveri effettuati da pazienti in regime di libera professione	N° dei pazienti ricoverati in regime di libera professione e calcolo del drg per l'ufficio cassa		100%	100%	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione dei percorsi : controllo servizio in appalto "noleggio con gestione full service di sistemi per la prevenzione delle Udp"	produzione di uno studio bimestrale sull'utilizzo dei sistemi prev Udp per ogni setting assistenziale	si	si	si	15,0%	100,0%		15,0%	
Qualità dell percorso clinico	N° dei pazienti dimessi e invio del report SDO ai flussi informativi- rispetto tempistica di invio prevista a livello regionale	80%	85%	85%	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità della documentazione infermieristica : monitoraggio buone pratiche assistenziali	Controllo corretta compilazione delle schede secondo obt specifici delle aree di degenza Ospedaliera/10% documentazione osservata		si	si	30,0%	100,0%		30,0%	
Riduzione debito orario	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore di straordinario effettuate e recuperate ( escluso quelle effettuate in PD e Festivi)			≥80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**UO Qualità**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità dell'assistenza	Revisione procedura misura e controllo del dolore entro luglio		Sì	si	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'assistenza	Revisione procedura prevenzione e trattamento delle UdP		Sì	si	20,0%	100,0%		20,0%	
Qualità dell'organizzazione : autorizzazione all'esercizio ospedale s luca	Rispetto cronoprogramma per la domanda in Regione		Sì	si	20,0%	100,0%		20,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° infermieri e Oss con debito orario > 20 ore			0	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			>80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione risorse umane assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia per inf o oss			<2012	10,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					60,0%			60,0%	Totale pesi valutati raggiunti



# VALUTAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET 2013 -- TECNICI SANITARI

vai alle diverse professionalità



Tecnici di Laboratorio

Tecnici ed Operatori Prevenzione

Tecnici della Riabilitazione

TSRM

info: [a.benedetti@usl2.toscana.it](mailto:a.benedetti@usl2.toscana.it) ---- 3313

[f.lorenzoni@usl2.toscana.it](mailto:f.lorenzoni@usl2.toscana.it) ---- 2832

**Tecnici di laboratorio - Analisi Chimico cliniche - Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Variazioni riportate ai turni di servizio richiesti al personale tecnico del laboratorio analisi di Lucca nel periodo giugno-settembre	N° turni adeguati al servizio/N turni assegnati	1	90	≥ 85%	40,0%	100,0%		40,0%	
Completamento del processo di addestramento e formazione per urgenze e routine al 31/12/2013	N° Tecnici addestrati per routine e Urgenza P.O. Lucca	1	100	≥95%	20,0%	100,0%		20,0%	
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	CONSEGUITO		si	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			≤80	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>70,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Tecnici di laboratorio - Analisi Microbiologiche - Lucca**

S.S. Direzione Tecnici - Laboratorio

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
mantenimento disponibilità all'integrazione operativa attività routine/urgenze h 24 nel corrente anno per una unità tecnica	n ° turni notturni svolti /n° turni assegnati da programmazione	1	1	1	40,0%	100,0%		40,0%	
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	CONSEGUITO		si	20,0%	100,0%		20,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	20,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	20,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>60,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Tecnici di laboratorio - Centro cornee**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Mantenimento certificazione ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	CONSEGUITO		si	30,0%	100,0%		30,0%	
Preparazione e distribuzione membrana amniotica per uso dermatologico	n° preparati	≥ 20	160	≥ 20	20,0%	100,0%		20,0%	
Standardizzazione profondità di taglio tessuto corneale	n° lamelle prodotte	≥ 20	150	≥ 20	20,0%	100,0%		20,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	20,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>70,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Tecnici di laboratorio - Laboratorio Sanità pubblica AVNO**

S.S. Direzione Tecnici - Laboratorio

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Predisposizione del sistema di gestione Qualità ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	NON PRESENTE		si	40,0%	100,0%		40,0%	
Formazione e addestramento del personale tecnico alle nuove attività assegnate dalla Regione Toscana al Laboratorio di sanità pubblica	tecnici di laboratorio formati dopo due mesi dall'avvenuta autorizzazione regionale	NON PRESENTE	3	≥3 tecnici	30,0%	100,0%		30,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	20,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>70,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Tecnici di laboratorio -Analisi chimico cliniche Valle**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Variazioni riportate ai turni di servizio e reperibilità richiesti al personale tecnico del laboratorio analisi di Barga nel periodo giugno settembre	N° turni adeguati al servizio/N° turni predisposti	85	93,33	≥ 85%	40,0%	100,0%		40,0%	84/90
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	CONSEGUITO		si	20,0%	100,0%		20,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	20,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	20,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>60,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Tecnici di laboratorio Sezioni trasfusionali - VdS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Accreditamento EFI	Certificato	CONSEGUITO		conseguito	10,0%	100,0%		10,0%	
Gestione del rischio clinico	Audit	3	3	≥3	10,0%	100,0%		10,0%	
Gestione del rischio clinico	MM&R	6	6	≥6	10,0%	100,0%		10,0%	
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Certificato	CONSEGUITO		conseguito	10,0%	100,0%		10,0%	
Pieno conseguimento obiettivi sistema trasfusionale toscano	N° emazie	12.643	10960	≥ obtv regionale (11.923)	20,0%	91,9%		18,4%	
	N° aferesi	4.563	4615	≥ obtv regionale (5.099)	20,0%	90,5%		18,1%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>80,0%</b>			<b>76,5%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Tecnici di laboratorio SIMT Lucca**

S.S. Direzione Tecnici - Laboratorio

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Accreditamento EFI	Certificato	CONSEGUITO		conseguito	10,0%	100,0%		10,0%	
Gestione del rischio clinico	Audit	3	3	≥3	10,0%	100,0%		10,0%	
Gestione del rischio clinico	MM&R	6	6	≥6	10,0%	100,0%		10,0%	
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Certificato	CONSEGUITO		conseguito	10,0%	100,0%		10,0%	
Pieno conseguimento obiettivi sistema trasfusionale toscano	N° emazie	12.643	10960	≥ obtv regionale (11.923)	20,0%	91,9%		18,4%	
Pieno conseguimento obiettivi sistema trasfusionale toscano	N° aferesi	4.563	4615	≥ obtv regionale (5.099)	20,0%	90,5%		18,1%	(4615-4563)/(5099-4563)=10%
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>80,0%</b>			<b>76,5%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>



**Tecnici di laboratorio U.O. Anatomia Patologica**

S.S. Direzione Tecnici - Laboratorio

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità delle prestazioni erogate	% copertura fabbisogno annuale di coloranti per istologia e citologia prodotti in proprio	100	100	1	20,0%	100,0%		20,0%	
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	CONSEGUITO		si	20,0%	100,0%		20,0%	
Tempi di preparazione	% preparati entro 24 ore dall'accettazione per piccole biopsie	non presente	100	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Consolidamento Arredi area di laboratorio nuovo ospedale	Approvazione progetti esecutivi per laboratori di ANATOMIA PATOLOGICA	NO		entro Luglio	10,0%	100,0%		10,0%	
Riduzione spesa per uso diagnostico	Riduzione spesa materiali per uso diagnostico vs 2012	NON PRESENTE		-0	10,0%		dato n.d.		Analitica
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	10,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					<b>70,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**tecnicisti di neurofisiopatologia**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Gestione del rischio clinico	Audit	0	1	≥1	25,0%	100,0%		25,0%	
Gestione del rischio clinico	MM&R	0	1	≥1	25,0%	100,0%		25,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di neurofisiopatologia con Debito Orario > 20 h			0	25,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Neurofisiopatologia			<2012	25,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					50,0%			50,0%	Totale pesi valutati raggiunti

**U.O.P. Tecnici Laboratorio Ospedali Lucca e Valle**

S.S. Direzione Tecnici - Laboratorio

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Mantenimento efficienza di servizio nei tre laboratori analisi (Lucca, Castelnuovo e Barga) conseguente all'assegnazione di un Tecnico di Laboratorio al laboratorio di Barga entro luglio	Programma e predisposizione degli interventi organizzativi sul personale tecnico di Lucca concordati al 14 giugno con la direzione UO Analisi chimico cliniche	NO		si	20,0%	100,0%		20,0%	
Ottimizzazione tempi di risposta al Pronto Soccorso	Determinazione mensile del Tempo preanalitico ≤ 10 minuti+ Tempo analitico ≤ 50 minuti prestazioni h 24 < 60 minuti	59		Report mensili	20,0%	100,0%		20,0%	( tempo totale prestazione 67'.27")
Rinnovo Certificazione ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	CONSEGUITO		si	20,0%	100,0%		20,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			≤80	20,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>60,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**UOP Tecnici di laboratorio - Laboratorio Sanità pubblica AVNO**

S.S. Direzione Tecnici - Laboratorio

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Predisposizione del sistema di gestione Qualità ISO 9001:2008	Conseguimento Certificato	no certificazione		si	40,0%	100,0%		40,0%	
Formazione e addestramento del personale tecnico alle nuove attività assegnate dalla Regione Toscana al Laboratorio di sanità pubblica	tecnici di laboratorio formati dopo due mesi dall'avvenuta autorizzazione regionale	NON PRESENTE	3	≥3 tecnici	30,0%	100,0%		30,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia/Tecnico di Laboratorio			<2012	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° Tecnici di Laboratorio con Debito Orario > 20 h			0	20,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>70,0%</b>			<b>70,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**PO TdP ISP - UOS Tecnici e Operatori Prevenzione**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Carichi di lavoro specifici assegnati	Rispetto dei carichi di lavoro assegnati agli operatori ISP	1379 PF		≥90%	30,0%	100,0%		30,0%	
Efficienza Produttiva nella esecuzione di alcuni PF: PF 1 - Interventi per richiesta pareriPF 2 - Unità locali sotto controllo (no sicurezza aliment)PF 10 - Interventi per segnalazioni	N° di PF 1, 2, 10 / personale assegnato vs 2012	394		+ 5%	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione attività risorse umane assegnate	N° Documenti assegnazione carichi di lavoro specifici/Operatori assegnati	0		1	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dei percorsi e dei servizi	Definizione procedure operative in ambito processi professionali		3	2	10,0%	100,0%		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane TdP in Tirocinio	N° Relazioni attività di tirocinio/Studenti assegnati			100%	5,0%	100,0%		5,0%	
Ottimizzazione controllo punti prelievo acque potabili condottate	Campioni effettuati/campioni programmati	1070 PF 21		100%	5,0%	100,0%		5,0%	
Qualità dei percorsi e dei servizi	N° processi di formazione professionale realizzati/ N° di processi di formazione professionale proposti			100%	5,0%	100,0%		5,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di dipendenti con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>75,0%</b>			<b>75,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**PO TdP Vet. e Sicurezza Alimentare VdS - UOS Tecnici e Op. Prevenzione**

S.S. Direzione Tecnici - Prevenzione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Carichi di lavoro specifici assegnati	Rispetto dei carichi di lavoro assegnati agli operatori VET/SA			≥90%	30,0%	100,0%		30,0%	PF 3 e 10 su richiesta
Efficienza Produttiva nella esecuzione dei PF 4 e PF 49 effettuati dai TdP	N° di PF4 e 49 / personale assegnato vs 2012	PF 49:467;PF4:405		+ 5%	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dei percorsi e dei servizi	Definizione procedure operative in ambito processi professionali		3	≥2	10,0%	100,0%		10,0%	
Capacità di governo delle risorse umane TdP in Tirocinio	N° Relazioni attività di tirocinio/Studenti assegnati			100%	5,0%	100,0%		5,0%	
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare	Categorizzazione (valutazione dei rischi biologici e igienico sanitari - % esercizi categorizzati) per la parte di competenza dei TdP			≥2,37	10,0%		dato n.d.		
Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare	Media F16 PF49 - Unità Locali sottoposte a controllo per sicurezza alimentare per la parte di competenza dei TdP PF4 - Unità locale sottoposta a monitoraggio per sicurezza alimentare per la parte di competenza dei TdP				10,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di dipendenti con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>55,0%</b>			<b>55,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**TdP PISLL - UOS Tecnici e Operatori Prevenzione**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Carichi di lavoro specifici assegnati	Rispetto dei carichi di lavoro assegnati agli operatori PISLL		95	≥90%	30,0%	100,0%		30,0%	1470/1545
Efficienza ed efficacia PISLL: controlli in unità locali	N° PF 25-26-72	710	1249	800	10,0%	100,0%		10,0%	Dati estratti attività PISLL
Qualità dei percorsi e dei servizi	Definizione procedure operative in ambito processi professionali		4	≥2	10,0%	100,0%		10,0%	
Qualità dei percorsi e dei servizi	N° processi di formazione professionale realizzati / N° processi di formazione professionale proposti		7	1	10,0%	100,0%		10,0%	
Efficienza ed efficacia PISLL: controlli in unità locali	N° PF 25	26	60	50	5,0%	100,0%		5,0%	Dati estratti attività PISLL
Efficienza ed efficacia PISLL: controlli in unità locali	N° PF 26	270	259	280	5,0%	92,5%		4,6%	Dati estratti attività PISLL
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di dipendenti con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Inchieste per Infortuni	N° inchieste effettuate/ n° referti pervenuti prognosi >30gg			>85%	5,0%		dato n.d.		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>70,0%</b>			<b>69,6%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione - Castelnuovo G.**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	20,0%	100,0%		20,0%	tutti i Pz con PRI presi in carico (compresi i minori) sono stati condivisi con il medico responsabile del PRI stesso
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		1	100%	15,0%	100,0%		15,0%	Tutti i pazienti segnalati dagli specialisti affetti da ictus e frattura di femore in fase post acuta (dimessi dal reparto per acuti o cod. 56) che necessitavano di continuità assistenziale ambulatoriale e/o domiciliare sono stati presi in carico ed han
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione dell'Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	10,0%	100,0%		10,0%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti		1,5668642	≥1,35	2,5%	100,0%		2,5%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti		5,1093399	≥1,5	2,5%	100,0%		2,5%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	15,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	10,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	10,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					50,0%			50,0%	Totale pesi valutati raggiunti



**Riabilitazione - PO Campo di Marte**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Rimodulazione dell'attività acquisita dal privato accreditato (prestazione ex art. 25)	Prestazioni ex art 25 acquistate dal PA vs 2012			-0,2	15,0%	100,0%		15,0%	Stipulate convenzioni in funzione dei volumi finanziari complessivi a disposizione
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	15,0%	100,0%		15,0%	
Rimodulazione dell'organizzazione della riabilitazione territoriale Zona Piana di Lucca	Presentazione Progetto condiviso con UORF alla Direzione Aziendale entro aprile 2013			si	10,0%	100,0%		10,0%	fatto il progetto condiviso con la UORRF, si sta sperimentando il modello organizzativo
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	10,0%	100,0%		10,0%	
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		1	1	10,0%	100,0%		10,0%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti		1,891907155	≥1,35	2,5%	100,0%		2,5%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti		2,541367821	≥1,5	2,5%	100,0%		2,5%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	10,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione - S. Leonardo in T.**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Rimodulazione dell'attività acquisita dal privato accreditato (prestazione ex art. 25)	Prestazioni ex art 25 acquistate dal PA vs 2012			-0	15,0%	100,0%		15,0%	Stipulate convenzioni in funzione dei volumi finanziari complessivi a disposizione
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	15,0%	100,0%		15,0%	
Rimodulazione dell'organizzazione della riabilitazione territoriale Zona Piana di Lucca	Presentazione Progetto condiviso con UORF alla Direzione Aziendale entro aprile 2013			si	10,0%	100,0%		10,0%	fatto il progetto condiviso con la UORRF, si sta sperimentando il modello organizzativo
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	10,0%	100,0%		10,0%	
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		1	1	10,0%	100,0%		10,0%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti		1,891907155	≥1,35	2,5%	100,0%		2,5%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti		2,541367821	≥1,5	2,5%	100,0%		2,5%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	10,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione - SO Barga**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	20,0%	100,0%		20,0%	
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Gestione del rischio clinico	Audit	2	3	≥3	15,0%	100,0%		15,0%	
Qualità del Percorso	% di percorsi integrati H (cod. 56) - Territorio attivati sul totale pazienti in cod. 56		1	≥ 90%	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	15,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	15,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione Ex Ceser - Fornaci di Barga**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		100	≥ 90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		1	1	15,0%	100,0%		15,0%	
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	10,0%	100,0%		10,0%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti		1,5668642	≥1,35	2,5%	100,0%		2,5%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti		5,1093399	≥1,5	2,5%	100,0%		2,5%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	15,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	10,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>50,0%</b>			<b>50,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione SMA e Tossicodipendenze - PdL**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		94,47983014862	≥ 30%	20,0%	100,0%		20,0%	445/471
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Specialista e Educatori / Totale progetti riabilitativi		94,47983014862	≥ 90%	20,0%	100,0%		20,0%	445/471
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	15,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	15,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	20,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>40,0%</b>			<b>40,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione SMA e Tossicodipendenze - VdS**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		76	≥ 30%	20,0%	100,0%		20,0%	
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Specialista e Educatori / Totale progetti riabilitativi		90	≥ 90%	20,0%	100,0%		20,0%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	15,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	15,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	20,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>40,0%</b>			<b>40,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**Riabilitazione SMIA**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	15,0%	100,0%		15,0%	flusso spr non chiuso
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	15,0%	100,0%		15,0%	
Presa in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Specialista e Operatori della Riabilitazione / Totale progetti riabilitativi		1	≥ 50%	15,0%	100,0%		15,0%	
Qualità del Percorso	% di presa in carico integrata di pazienti in terapia riabilitativa sul totale pazienti in terapia		78	>50%	10,0%	100,0%		10,0%	
Capacità di soddisfare la domanda	Numero totale utenti attivi	1.012	1118	≥2012	5,0%	100,0%		5,0%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	15,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	15,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>60,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**UOS Tecnici della Riabilitazione - PdL LUCCA**

S.S. Direzione Tecnici - Riabilitazione

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Rimodulazione dell'attività acquisita dal privato accreditato (prestazione ex art. 25)	Prestazioni ex art 25 acquistate dal PA vs 2012			-0	15,0%	100,0%		15,0%	Stipulate convenzioni in funzione dei volumi finanziari complessivi a disposizione
Presenza in carico globale in riferimento ai bisogni clinico-assistenziali e socio-assistenziali definita nel Progetto Riabilitativo Individuale	Numero progetti condivisi Medico Fisiatra-Fisioterapista/ Totale progetti riabilitativi		99,33	≥ 90%	15,0%	100,0%		15,0%	2815/2834
Rimodulazione dell'organizzazione della riabilitazione territoriale Zona Piana di Lucca	Presentazione Progetto condiviso con UORF alla Direzione Aziendale entro aprile 2013			si	10,0%	100,0%		10,0%	fatto il progetto condiviso con la UORRF, si sta sperimentando il modello organizzativo
Personalizzazione del percorso riabilitativo	% utenti con chiara identificazione del Operatore professionale della riabilitazione (Operatore tutor)		1	≥ 30%	10,0%	100,0%		10,0%	
Adozione strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale del cittadino	Indicatori raggiunti dei PDTA relativi all'ictus e alla frattura di femore		1	1	10,0%	100,0%		10,0%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti		1,7966582	≥1,35	2,5%	100,0%		2,5%	
Raggiungimento Obiettivo Mes su AFA	N° Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti		3,2938734	≥1,5	2,5%	100,0%		2,5%	
Contributo appropriatezza Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di Tecnici della Riab. con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
Capacità di soddisfare la domanda per residenti	% di soddisfazione della domanda per residenti per prestazioni ambulatoriali - ex art 26			≥ 80%	10,0%		dato n.d.		flusso spr non chiuso
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate			80%	10,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / Tecnico della Riabilitaz			<2012	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>65,0%</b>			<b>65,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>



**Monitoraggio RIS - PACS e Conservazione Legale**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Implementazione software di second opinion	attuazione software	Non presente	1	>90%	20,0%	100,0%		20,0%	attuazione software di second opinion
Conservazione legale referti	Percentuale referti portati in conservazione legale		1	80%	10,0%	100,0%		10,0%	Conservazione legale su tutti i referti.
Firma digitale	tutti i medici radiologi arruolati		1	100%	5,0%	100,0%		5,0%	Tutti i medici attuano la firma digitale
Definizione procedure conservazione legale area diagnostica	implementazione e diffusione	Non presente	80	>90%	20,0%	88,9%		17,8%	implementazione e diffusione delle procedure
Implementazione software dose Report	attuazione software	Non presente		>90%	20,0%		REDISTR		Dopo valutazione preliminare, decisione di non acquistare il software nel 2013. Fatta delibera nel 2014
Valutazione e report su implementazione software screening	attuazione software	Non presente		>80%	20,0%		REDISTR		Dopo valutazione preliminare, decisione di non acquistare il software nel 2013. Fatta delibera nel 2014
Integrazione Dose Report con RIS	implementazione e diffusione	Non presente		>80%	5,0%		REDISTR		Dopo valutazione preliminare, decisione di non acquistare il software nel 2013. Fatta delibera nel 2014
Totale pesi valutati					55,0%			52,8%	Totale pesi valutati raggiunti

**PERSONALE TECNICO SANITARIO: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**
**TSRM - Fisica Sanitaria Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Autorizzazione all'esercizio per il Nuovo Ospedale	Compilazione - Documentazione - Stampa e predisposizione documenti	Non presente		100%	30,0%	100,0%		30,0%	Obiettivo raggiunto, rispetto alle variazioni del cronoprogramma
Piano Operativo Nuovo Ospedale	Rispetto del Cronoprogramma Tecnologie Sanitarie e Fisica Sanitaria per Trasferimento NH	Non presente		si	25,0%	100,0%		25,0%	Obiettivo raggiunto, rispetto alle variazioni del cronoprogramma
Nuovi apparecchi Radiologici per il Nuovo Ospedale	Predisposizione e Prove di accettazione	Non presente		100%	25,0%	100,0%		25,0%	Obiettivo raggiunto, rispetto alle variazioni del cronoprogramma
Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	5,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N. Tsm della U.O. con debito Orario			0	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>80,0%</b>			<b>80,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**TSRM - Medicina Nucleare Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Buone pratiche per l'impiego di radiofarmaci	% di Verifiche Microbiologiche negative	Non presente	1	100%	25,0%	100,0%		25,0%	Verifiche effettuate.
Consolidamento attività MOC	% Tempi di attesa entro 30 giorni		1	100%	15,0%	100,0%		15,0%	Attesa media 20 gg.
Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	5,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	5,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	5,0%		eliminato		
Utilizzo ottimale radiofarmaci tecneziati per Scint. Renali	Pazienti iniettati per Scint. Renali/Ordinativi DTPA vs 2012	50 flaconi= n.esami 93		+3%	15,0%		dato n.d.		
Utilizzo ottimale radiofarmaco 18 per PET	Pazienti iniettati per PET/Ordinativi FDG vs 2012	6		+2%	25,0%		dato n.d.		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N. TSRM della U.O. con debito Orario			0	5,0%		eliminato		
				<b>Totale pesi valutati</b>	<b>40,0%</b>			<b>40,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**TSRM - Radiologia Lucca**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione dei tempi di refertazione per il P. S.	% di prestazioni di radiologia tradizionale richiesta dal P. S. ed eseguite entro 15 ' dalla richiesta.	Non presente	1	0	10,0%	100,0%		10,0%	tempo di attesa massimo pari a 14,26 minuti per il totale degli esami ( dati RIS)
Flessibilità e formazione nell'utilizzo del personale TSRM nelle radiodiagnostica.	% di TSRM che ha effettuato orario in almeno due ambiti operativi della radiodiagnostica		80	100%	30,0%	85,0%		25,5%	Il dato è rimasto invariato, perché nel periodo di ferie estive abbiamo interrotto la formazione.
Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012			-2%	10,0%		dato n.d.		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	20,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse assegnate	n° dipendenti con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>40,0%</b>			<b>35,5%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

## TSRM - Radiologia Lucca - Pronto Soccorso

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012	770 flaconi		-2%	10,0%	100,0%		10,0%	
Ottimizzazione dei tempi di refertazione per il P. S.	% di prestazioni di radiologia tradizionale richiesta dal P. S. ed eseguite entro 40 ' dalla richiesta.	Non presente	1	0	10,0%	100,0%		10,0%	tempo di attesa massimo pari a 14,26 minuti per il totale degli esami ( dati RIS)
Flessibilità e formazione nell'utilizzo del personale TSRM nelle radiodiagnostica.	% di TSRM che ha effettuato orario in almeno due ambiti operativi della radiodiagnostica	Non presente	84	100%	30,0%	84,0%		25,2%	Causa problemi di personale TSRM trasferito in altre sedi e nuove assunzioni, non sono state formate 2 unità su 12 professionisti presenti in guardia attiva
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	20,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	20,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse assegnate	n° dipendenti con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
Totale pesi valutati					50,0%			45,2%	Totale pesi valutati raggiunti

**TSRM - Radiologia VdS**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Flessibilità e formazione nell'utilizzo del personale TSRM nelle radiodiagnostica.	% di TSRM che ha effettuato orario in almeno due ambiti operativi della radiodiagnostica		1	100%	30,0%	100,0%		30,0%	
Ottimizzazione dei tempi di refertazione per il P. S.	% di prestazioni di radiologia tradizionale richiesta dal P. S. ed eseguite entro 40 ' dalla richiesta.			0	20,0%	100,0%		20,0%	tempo di attesa massimo pari a 22,51 minuti per il totale degli esami ( dati RIS)
Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012	372 Flaconi		-2%	10,0%	100,0%	dato n.d.	10,0%	
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	15,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			80%	15,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse assegnate	n° dipendenti con debito orario > 20 ore			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>60,0%</b>			<b>60,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

**TSRM - Radioterapia**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione dell'utilizzo della Tomoterapia	N° di pazienti trattati al giorno	18	19	>18	25,0%	100,0%		25,0%	
Ottimizzazione dell'utilizzo dell'Acceleratore	N° di pazienti trattati al giorno	45	45	>45	25,0%	100,0%		25,0%	
Formazione di 1 tecnico per la Sala Urologica per impianti di Brachiterapia prostatica	Personale preparato e interscambiabile		1	1	10,0%	100,0%		10,0%	Formato un 1 tecnico per la Sala Urologica per impianti di Brachiterapia prostatica
Ottimizzazione dei consumi delle maschere termoconformate per trattamenti di RT del Testa-Collo-Spalle	N° di maschere/N° di trattamenti	Non presente		<1	10,0%	100,0%		10,0%	
Formazione del Personale	% di personale tecnico abilitato sulle apparecchiature presenti nell'U.O.	Non presente	90	≥90%	10,0%	90,0%		9,0%	Il dato è rimasto invariato, perché nel periodo di ferie estive abbiamo interrotto la formazione.
Miglioramento del clima interno	Tasso di Assenza			<2012	10,0%		eliminato		
Capacità di utilizzo delle Risorse Umane assegnate	nessun debito orario			0	10,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>80,0%</b>			<b>79,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>

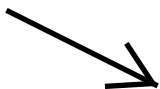
**UOP Diagnostica per Immagini**

obiettivo	indicatore	2012	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione dei tempi di refertazione per il Pronto Soccorso	% di prestazioni di radiologia tradizionale richieste dal PS e eseguite entro 15 minuti dalla richiesta	Non presente	1	> 90%	20,0%	100,0%		20,0%	tempo di attesa massimo pari a 14,26 minuti per il totale degli esami ( dati RIS)
Ottimizzazione dei tempi di refertazione per il Pronto Soccorso	% di prestazioni di TC richieste dal PS e eseguite entro 40 minuti dalla richiesta	Non presente	1	> 80 %	20,0%	100,0%		20,0%	tempo di attesa massimo pari a 18,48 minuti per il totale degli esami ( dati RIS)
Consumo Dispositivi Medici	Riduzione della spesa complessiva vs 2012	770 flaconi		-2%	10,0%	100,0%		10,0%	
Flessibilità e formazione nell'utilizzo del personale TSRM nella Radiodiagnostica	% di TSRM che ha effettuato orario in almeno 2 ambiti operativi della Radiodiagnostica		80	0	20,0%	80,0%		16,0%	Il dato è rimasto invariato, perché nel periodo di ferie estive abbiamo interrotto la formazione.
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore non lavorate per infortunio o malattia / dipendente vs 2012			-5%	15,0%		eliminato		
Ottimizzazione Risorse Umane Assegnate	Ore di straordinario effettuate e recuperate (escluso quelle effettuate in PD e festivi)			> 80 %	10,0%		eliminato		
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N° di dipendenti con Debito Orario > 20 h			0	5,0%		eliminato		
<b>Totale pesi valutati</b>					<b>70,0%</b>			<b>66,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>



## VALUTAZ. OBIETTIVI DI BUDGET 2013 -- ALTRO PERSONALE COMPARTO

vai ai dipartimenti aziendali



Dipartimento Amministrativo

Dipartimento Area Tecnica

Staff Direzione Strategica

info: [a.benedetti@usl2.toscana.it](mailto:a.benedetti@usl2.toscana.it) ---- 3313  
[f.lorenzoni@usl2.toscana.it](mailto:f.lorenzoni@usl2.toscana.it) ---- 2832

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

**S..S. Gestione Amministrativa Dipartim. Prevenzione**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle risorse	Monitoraggio trimestrale budget Dipartimento Prevenzione	Effettuato monitoraggio I - II - III - IV trimestre 2013	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Elaborazione nuove procedure pratiche SUAP	Elaborata procedura gestione digitalizzata pratiche REG CE 852/2004 - Distribuita agli operatori interessati	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Elaborazione procedura gestione finanziamenti	Procedura elaborata gestione finanziamenti - distribuita ai Responsabili delle UU.FF. e agli operatori interessati	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Miglioramento qualità flussi informativi	Monitoraggio trimestrale introiti Dipartimento di Prevenzione	Effettuato monitoraggio I - II - III - IV trimestre 2013	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Miglioramento qualità flussi informativi	Supporto al monitoraggio flussi programma PF	Monitorati PF 69 -111 - 112 - 113 - 100 - 114	sì	20,0%	100,0		20,0%	
Informatizzazione attività del Dipartimento della Prevenzione	Messa in esercizio dei moduli SISPIC entro settembre	Moduli SISPC operativi da settembre 2013 (MEM: obiettivo senza peso già nella scheda firmata)	sì		100,0		0,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Affari Generali, Legali e Gestione Contratti**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Gestione Diretta SinistriRispetto dei termini delle procedure	Inserimento dati pratica in SRGS entro gg. 15 dal ricevimento	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione Diretta SinistriRispetto dei termini delle procedure	Risposta al cittadino entro gg. 15 dal ricevimento richiesta	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione Diretta SinistriRispetto dei termini delle procedure	Controllo rispetto tempi risposta da parte delle strutture interessate (n. solleciti / n. eventi che superano i tempi )	100%	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Recupero crediti	n. atti ingiuntivi / n. fatture insolite trasmesse	80%	80%	20,0%	100,0		20,0%	
Redazione regolamento gestione informatizzata dei contratti	Redazione atto e monitoraggio della esecuzione informatica	IN FASE DI REDAZIONE	SI	10,0%	0,0		0,0%	
Delibera GRT 1234/11 Gestione Diretta SinistriIndicatori MeS	N. richieste risarcimento annuali con 2° o 3° valutazione / n. richieste risarcimento annuali	90%	≥90%	10,0%	100,0		10,0%	
Delibera GRT 1234/11 Gestione Diretta SinistriIndicatori MeS	N. richieste risarcimento liquidate < = 20.000 € + N. proposte liquidazione/N. richieste risarcimento annuali	90%	≥90%	10,0%	100,0		10,0%	
Procedura delibere Web	Eliminazione fascicoli cartacei	PROCEDURA ATTIVATA. UTILIZZO UNICO FASCICOLO	SI	10,0%	100,0		10,0%	
Albo Pretorio on-line	Redazione delle regole relative alla pubblicazione	SI, VEDI SITO AZ.LE	SI	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>90,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Amministrazione e Gestione Risorse Umane**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Qualità delle procedure	Certificazione degli stipendi mensili	Le voci stipendiali messe in pagamento lo sono in base a un documento giustificativo.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Pianificazione e Programmazione Strategica	Delibera Piano Assunzioni	La deliberazione del piano assunzioni vigente è stata approvata con Atto n. 335 del 30.5.13	si	10,0%	100,0		10,0%	
Pianificazione e Programmazione Strategica	Delibera Dotazione Organica	L'atto deliberativo della formalizzazione della dotazione organica è stato redatto e sottoscritto dal responsabile della S.C.La dotazione organica è costantemente rilevata e il relativo atto ricognitivo è oggetto di comunicazione alla Regione (la ricogni	si	15,0%	100,0		15,0%	
Governo delle Risorse Umane	Report Trimestrale situazione Debito Orario	La reportistica è stata prodotta nel rispetto della periodicità trimestrale; inoltre è stata fornita alle strutture, anche a domanda.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Governo delle Risorse Umane	Monitoraggio Trimestrale situazione Ferie non godute	Il monitoraggio è avvenuto nel rispetto della periodicità trimestrale e la relativa reportistica è stata fornita alle strutture, anche a domanda.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Governo delle Risorse Umane	Applicazione Manuale Presenze/Assenze	Si è dato corso all'applicazione del manuale della rilevazione presenze, sia direttamente, sia con iniziative formative rivolte ai più importanti soggetti coinvolti (PO e coordinatori infermieristici)	si	15,0%	100,0		15,0%	
Rispetto degli accordi di Bilancio (Obtv 2013 - RT)	Monitoraggio mensile del Costo del Personale	Il DWH è stato alimentato con il debito informativo di competenza.	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

**S.C. Gestione Amministrativa Zone Distretto**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione dell'uso delle risorse finanziarie	Verifica utenti RSA vs utenti ricoverati	SI	s	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio scadenza convenzioni	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio per governo economico delle convenzioni	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento qualità flussi informativi	Supporto al monitoraggio attività MMG	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Rispetto del budget assegnato	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget RSA	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget Centri Diurni	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget Centri Psichiatrici	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio budget RSA - Modulo Alzheimer	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione delle risorse assegnate	Monitoraggio trasporti	SI	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione gestione liquidità	Pagamento fatture a 60 gg (±10 gg)		100%	2,0%		REDISTR		I trasferimenti mensili del FSR provenienti dalla Regione, nonostante l'utilizzo massimo della anticipazione di tesoreria, non permettono di soddisfare integralmente tale obiettivo
Ottimizzazione gestione liquidità	Governo e contenimento oneri passivi		si	1,0%		REDISTR		I trasferimenti mensili del FSR provenienti dalla Regione, nonostante l'utilizzo massimo della anticipazione di tesoreria, non permettono di soddisfare integralmente tale obiettivo
Ottimizzazione procedure contabili	Adeguamento nuovo Piano Conti/Contabilità a D.Lgs 118/2011	Adeguamento è stato effettuato	si	37,0%	100,0		37,0%	
Ottimizzazione procedure amministrative	Attivazione mandati di pagamento informatizzati	L'attività preliminare è stata tutta realizzata.	si	5,0%	100,0		5,0%	L'obiettivo non si è ancora concluso per il mancato accordo tra l'Azienda e l'Istituto Cassiere su chi si deve accollare l'onere dell'acquisto del software (circa € 5.000)
Ottimizzazione procedure amministrative	Monitoraggio mensile del CE con tutte le strutture coinvolte	Monitoraggio CE mensile con strutture coinvolte realizzato	si	30,0%	100,0		30,0%	
Qualità dei flussi informativi	Movimentazione Contabilità Analitica per competenza	Allineamento COGE COAN per procedura stipendi realizzata	si	25,0%	100,0		25,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>97,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>97,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento amministrativo

**S.S. Gestione Amministrativa Presidi Ospedalieri**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle risorse assegnante	Monitoraggio budget delle convenzioni con Privato accreditato	monitoraggio effettuato	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio scadenza convenzioni	monitoraggio effettuato	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Monitoraggio per governo economico delle convenzioni	monitoraggio effettuato	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Implementazione procedura gestione economica delle prestazioni per stranieri	procedura redatta	si	25,0%	100,0		25,0%	
Ottimizzazione delle procedure amministrative	Attivazione della scelta del PLS in ospedale prima della dimissione	scelta non attivata per modifica quadro normativo relativo all'attribuzione del codice fiscale al neonato	si	25,0%		REDISTR		Il comune di Lucca non si rende disponibile a raccogliere le richieste di codice fiscale per i nati nel PO di Lucca e non ritiene comunque la cosa possibile dal punto di vista legale
Totale pesi valutati				<b>75,0%</b>	Totale pesi valutati raggiunti		<b>75,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

Dipartimento Area Tecnica

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
NUOVO OSPEDALE DI LUCCA	Rispetto del cronoprogramma definito per l'apertura del nuovo ospedale di Lucca	Tutti gli adempimenti di competenza dell'Azienda sono stati rispettati nei limiti imposti dai ritardi del Concessionario.	si	100,0%	100,0		100,0%	Il Cronoprogramma di attivazione del nuovo ospedale ha subito una serie di modifiche dettate dalle nuove situazioni che si sono venute a determinare nei rapporti con il Concessionario e delle quali è al corrente direttamente la Direzione aziendale. Questa
Totale pesi valutati				100,0%		Totale pesi valutati raggiunti	100,0%	



**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Gestione Patrimonio**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio dei budget di macrostruttura e relative modifiche	E' stato inviato il report semestrale, non quelli ulteriori in quanto quest'anno non si sono verificati particolari scostamenti dai budget prefissati.	1° report semestrale , 2° e 3° trimestrale	5,0%	100,0		5,0%	
Governo delle risorse assegnate	Piano contenimento spese telefoniche - Effettuare il passaggio a telefonia Voip tra le sedi aziendali principali con eliminazione dei collegamenti CDN.	Il collegamento mediante tecnologia VoIP è avvenuto nel corso del 2013. I CDN sono stati successivamente disdettati con lettera prot. 89 del 02/01/2014.		10,0%	100,0		10,0%	
Governo delle risorse assegnate	Chiusura sede Zona Distretto Viale Giusti e trasferimento c/o CdM	I trasferimenti al Campo di Marte si sono conclusi entro il 15 Giugno 2014.	30 Giugno	20,0%	100,0		20,0%	
Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio delle scadenze dei contratti di affitto e delle disdette	I contratti sono stati monitorati ed eventualmente rinnovati solo su indicazione delle macrostrutture.	si	5,0%	100,0		5,0%	
Governo delle risorse assegnate	Azzeramento delle concessioni del patrimonio aziendale in comodato d'uso	Inviata disdette per tutti i comodati	0	5,0%	100,0		5,0%	
Governo delle risorse assegnate	Riduzione della spesa per utenze rispetto ad anno precedente	gestione calore : risparmio del 22% rispetto all'anno precedente;energia elettrica : c'è stato un risparmio sui consumi del 3,53% ma un aumento della spesa a causa dell'aumento delle tariffe pari al 15%Telefonia : risparmio del 10,93% rispetto all'anno	-5%	5,0%	100,0		5,0%	
Mantenimento patrimonio immobiliare aziendale	Effettuazione di manutenzione ordinaria programmata e su guasto.	Sono stati gestiti complessivamente oltre 18.500 interventi di manutenzione di cui 11.252 di manutenzione programmata e 7262 di manutenzione su guasto.	relazione finale	15,0%	100,0		15,0%	Tutti gli interventi su chiamata sono registrati su sistema Archibus. Gli interventi di manutenzione programmata sono corredati da report cartacei.
Mantenimento patrimonio immobiliare aziendale	Effettuazione verifiche elettriche con operatori interni	Sono state complessivamente effettuate 106 verifiche su reparti	n. 30 reparti verificati	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento patrimonio immobiliare dal punto di vista funzionale e di sicurezza.	Effettuazione di manutenzione straordinaria secondo elenco approvato	In termini di numero di interventi sono stati attivati 33 interventi su 54.	85% degli interventi programmati	10,0%	84,6		8,5%	Alcuni importanti attività legate all'attivazione dell'area medica del Campo di Marte ed al trasferimento della zona distretto non comparivano in elenco. In termini monetari sono stati attivati ordini per € 1.513.232,60 quindi circa 150.000 in più dei pre
Nuovo Ospedale	Attivazione utenze elettricità, gas, acqua	Le utenze di acqua, fognatura e energia elettrica sono state attivate prima di Settembre. Per il gas c'è stato un leggero ritardo dovuto essenzialmente al ritardo con cui il concessionario ha fornito la documentazione tecnica necessaria.	30 settembre	10,0%	100,0		10,0%	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Gestione Patrimonio**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Governo delle Risorse Umane	Riorganizzazione attività operatori S.C.	Con delibera n.616 del 29/10/2013 sono state modificate le reperibilità degli assistenti tecnici di tutta l'area tecnica e degli operatori tecnici della Valle del serchio. Di conseguenza sono stati attivati nuove modalità di turnazione con email del 25/1	Relazione finale	5,0%	100,0		5,0%	
				<b>Totale pesi valutati</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>98,5%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

staff direzione generale

**S.C. Educazione e Promozione alla Salute**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Peer education nelle scuole superiori	Numero scuole	18	≥16	25,0%	100,0		25,0%	progettato e realizzato laboratori formativi per peer educator
Peer education nelle scuole superiori	Numero studenti	393	≥342	25,0%	100,0		25,0%	Gli studenti hanno progettato e realizzato iniziative di promozione della salute per i loro coetanei: assemblee animate, giornate del benessere, partecipazione al festival della salute...
Formazione life skill	Numero Ist. Comprensivi	11	≥8	25,0%	100,0		25,0%	
Progetto ultimora	Numero scuole	3	≥3	5,0%	100,0		5,0%	
Sito web ditestamia sito	Aggiunta di due testi per area tematica	N. testi realizzati 10	si	5,0%	100,0		5,0%	
Progetto Pit stop	Reclutamento esercizi e formazione operatori entro il 2013	aderito 3 associazioni di categoria. Arruolati 14 esercizi	si	5,0%	100,0		5,0%	
Sito web ditestamia Forum	Incremento del numero degli iscritti	71,24%	≥ 50%	5,0%	100,0		5,0%	
Promozione iniziative in gestione autonoma	N. Interventi Finanziamenti diretti da stakeholders vs 2012	Finanziamenti regionali anno 2012: 850€; anno 2013 84.000,0€	3%	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Fisica Sanitaria**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Implementazione filtri virtuali per LINAC	Utilizzo dei Filtri Virtuali nei piani di trattamento entro giugno	Trasmissione Relazione filtri virtuali il 10/05/2013	si	20,0%	100,0		20,0%	
Capacità di governo delle risorse umane assegnate	N. Dirigenti della U.O. con debito Orario	0	0	15,0%	100,0		15,0%	
Piano Operativo Nuovo Ospedale	Redazione e implementazione cronoprogramma specifico di trasferimento tutte attrezzature di radioterapia nel nuovo ospedale con funzionamento 1 Febbraio 2014 con UO Radioterapia e UO Ingegneria Clinica (entro maggio)	Fatto cronoprogramma e discusso in occasione dell'incontro della task force del 22/4/2013. Aggiornato il 08/05/13.	si	25,0%	100,0		25,0%	
Registrazione della dose	Predisposizione studio di fattibilità per la registrazione della dose nella diagnostica per immagini	Fatta relazione su " Studio di fattibilità per la registrazione della dose in diagnostica per immagini" e trasmessa alla direzione aziendale il 24/12/2013	si	10,0%	100,0		10,0%	
Autorizzazione all'esercizio per il Nuovo Ospedale	Predisposizione della relazione per le attività di Radioterapia e la Risonanza Magnetica	Fatta relazione di radioprotezione dell'EQ per Radioterapia il 13/6/13. Predisposta e inoltrata la domanda di autorizzazione del D.G. il 24/06/2013. Ottenuto Nulla Osta del SUAP Comune di Lucca per la Radioterapia il 27/08/13. Predisposta la richiesta di v	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione della gestione dei dosimetri	N° dosimetri assegnati	Assegnati 34 dosimetri in meno rispetto al 2012 per riduzione del numero degli esposti a seguito di verifica e declassamento.	≤ 2012	10,0%	100,0		10,0%	
Trasferimento tutte macchine di Radioterapia nel NH	Rispetto Cronoprogramma approvato dalla Direzione Aziendale	L'esecuzione dell'acceptance test (APT) per la tomoterapia trasferita nel nuovo ospedale è stata eseguita il 18/12/13. Il trasferimento delle macchine per Roentgenterapia e di Brachiterapia è previsto nel 2014 come da cronoprogramma.	si	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Formazione**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Adempimento delle disposizioni dell'accordo stato-regioni del 19 aprile 2012 per alimentazione anagrafe formativa nazionale ECM	Correttezza e completezza dei dati dell'attività formativa	l'anagrafe formativa viene alimentata continuamente. Alla fine di ogni evento formativo viene valutata completezza e correttezza dei dati per il caricamento nel software dell'anagrafe formativa	si	16,7%	100,0		16,7%	
Adempimento delle disposizioni dell'accordo stato-regioni del 19 aprile 2012 per alimentazione dossier formativi ECM	% Corsi con invio dati a Regione e CoGEAPS (entro 90 giorni dalla fine del corso)	Il flusso degli invii in regione ed al CoGEAPS è continuo nel rispetto dei tempi definiti dalla normativa (90 gg dalla fine dell'evento formativo)	100%	16,7%	100,0		16,7%	
Valutazione impatto formazione	N. corsi di formazione con attivazione e sviluppo strumenti per la valutazione dei risultati formativi	41	≥ 30 corsi	8,3%	100,0		8,3%	
Migliorare la qualità del Tirocinio degli studenti dei corsi di Laurea in infermieristica e di OSS	% Infermieri e OSS inseriti nel modello organizzativo ospedaliero per intensità di cura	Gli studenti Infermieri, inseriti nel modello organizzativo ospedaliero per intensità di cura sono stati il 95%, per gli studenti OSS, l'inserimento in tirocinio è stato del 98%.	≥ 50%	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzazione software di gestione dell'attività formativa di Area Vasta	Trasferimento archivio anagrafe formativa ASL2 e analisi delle specifiche aziendali entro settembre	SI	si	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzare programmazione didattica del tirocinio infermieristico come metodo/processo/contenuto	Realizzare un contratto formativo di tirocinio standard (sede di tirocinio e regole che lo studente deve rispettare)	il contratto di tirocinio è stato realizzato, è operativo dal 1 Dicembre 2013, data di inizio del tirocinio.	si	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzare programmazione didattica del tirocinio infermieristico come metodo/processo/contenuto	Individuare le sedi di tirocinio ad alta e media intensità terapeutica assistenziale	sono state individuate le sedi di tirocinio nella media e alta intensità di cura, a.a. 2013/2014	si	8,3%	100,0		8,3%	
Realizzare programmazione didattica del tirocinio infermieristico come metodo/processo/contenuto	Comporre e formalizzare la modulistica per dichiarare il periodo di affiancamento alla guida di tirocinio degli studenti.	definita e operativa da dicembre 2013 (inizio 1° tirocinio)	si	8,3%	100,0		8,3%	
Verificare l'esecuzione delle performances e la ricaduta in termini di appropriatezza dell'efficienza e dell'efficacia.	Valutazione sulla scheda di verifica degli obiettivi di apprendimento ( % valutazione negative)	Le schede di valutazione degli obiettivi di apprendimento sono state ritirate al 100% - 0 valutazioni negative;	<5%	8,3%	100,0		8,3%	
Verificare l'esecuzione delle performances e la ricaduta in termini di appropriatezza dell'efficienza e dell'efficacia.	N. Studenti assegnati all'area a media e alta intensità di cura/N. Totale studenti assegnati	100%	>95%	8,3%	100,0		8,3%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>100,0%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Governo Clinico**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Capacità di governo dei Tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	% Tipologie di prestazioni pubblicate su Sito Internet con Tempo di attesa nei limiti regionali	Si. Pubblicazione settimanale su sito internet	>90 %	20,0%	100,0		20,0%	
Attivazione Carta Sanitaria Elettronica e Fascicolo Sanitario Elettronico	Raggiungimento Obiettivi Regionali per il 2013 (60%)	35,87%	si	10,0%	59,8		6,0%	
Informatizzazione dei MMG	Tasso % di E-prescription previsto dall'Accordo Regionale MMG per il 2013	56%	>30 %	30,0%	100,0		30,0%	
Supporto alla Programmazione di Area Vasta ai sensi della DGRT 1235/12 per la Direzione Sanitaria	Elaborazione report con cadenza prestabilita e su mandato del Direttore Sanitario	Si. Su mandato del Direttore Sanitario è stata assicurata la attiva partecipazione alle riunioni di programmazione di Area Vasta ai sensi della DGRT 1235/2012, con l'elaborazione di report mirati. Esempi: Progetto Focused Hospital Proctologico; Ottimizzaz	si	5,0%	100,0		5,0%	
Progetto TS - Ministero delle Finanze (adempimenti LEA)	Rispetto degli obiettivi previsti dall'art. 50 DLgs 269/2003	Si	si	5,0%	100,0		5,0%	
Monitoraggio e Governo del Rapporto Attività Professionale/Istituzionale	Analisi con schede ad hoc per autorizzazione	verificata l'attività istituzionale vs attività LP ed i tempi di attesa.	si	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione offerta di prestazioni di ricovero e ambulatoriale del Privato Accreditato	Individuazione quali-quantitativa del mix opportuno da acquistare dal Privato Accreditato in integrazione alla nostra offerta su mandato della Direzione Aziendale	Si. Il rinnovo delle convenzioni, ad inizio 2013, basato sulla valutazione del fabbisogno di salute. Durante l'anno, l'offerta è stata rimodulata nel rispetto del budget previstoper migliorare i tempi di attesa	si	20,0%	100,0		20,0%	
Monitoraggio interno commentato per Indicatori MES a valenza socio-sanitaria con cadenza bimestrale	Monitoraggio specifico Indicatori C1a, C2a, C3, C4a, C14, C5a, C5b, C5c, C6a, C7a,C8b, C9a, C11a, C13, C15a, C16a,		si	5,0%		dato n.d.		
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>95,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>91,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.C. Medicina Legale**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Riduzione Tempi attesa ai sensi LRT 62/2009 per Accertamento I.C.	% Cittadini con tempo attesa < 60 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE 50,3 GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione Tempi attesa ai sensi LRT 62/2009 per accertamento Handicap	% Cittadini con tempo attesa < 60 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE 60 GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione Tempi attesa ai sensi LRT 62/2009 per Accoglimento Collocamento Mirato in assunzione	% Cittadini con tempo attesa < 30 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE <30GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Riduzione Tempi attesa in Commissione Medica Locale Patenti	% Cittadini con tempo attesa < 60 gg tra invio on line domanda e chiamata a visita	MEDIA AZIENDALE 45 GG	100%	10,0%	100,0		10,0%	
Gestione del Rischio Clinico	N. Operatori formati	UTENTI 1621+FACILITATORI 39=1660	> 1700	5,0%	97,6		4,9%	
Gestione degli Eventi Sentinella	% Eventi Sentinella trattati nel rispetto tempi Procedura Aziendale su indicazioni Regione Toscana	0 EVENTI	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Miglioramento Compilazione delle Cartelle Cliniche	Indice Sintetico di Valutazione Cartelle Cliniche		+ 20%	5,0%		dato n.d.		
Sviluppo Audit e MMR in Medicina Legale	Realizzaz. n. 3 Audit e n. 6 MMR in ECM entro Settembre	SI	si	5,0%	100,0		5,0%	
Consulenze Medico Legali per la U.O. Affari Generali e Legali in ambito CGS	% Consulenze effettuate nei tempi previsti dalla procedura	>50%	> 50%	10,0%	100,0		10,0%	
Individuazione di Fattori di rischio clinico in Casi di contenzioso	% Audit effettuati per analisi fattori di rischio su casi di contenzioso	> 5%	+ 5%	5,0%	100,0		5,0%	
Corretta Richiesta Accertamenti Specialistici in applicazione DPCM2001 e DGRT/2004	% Utilizzo stampati bianchi con oneri a carico del cittadino	100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Ottimizzazione gestione membri della Commissione Handicap ex LRT 62/2009	% Commissioni con utilizzo medico specialista interno	34,5%	> 20%	5,0%	100,0		5,0%	
Rischio Clinico	Indicatore Rischio Clinico		100%	5,0%		dato n.d.		
Rischio Clinico	Capacità di gestione del risarcimento	100%	100%	5,0%	100,0		5,0%	
Rischio Clinico	% Buone Pratiche attestate		> media reg.	5,0%		manca dato confronto		
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>85,0%</b>			<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>84,9%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Politiche e sviluppo del Personale**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Miglioramento Gestione Fondi	Verifica consistenza fondi contrattuali	L'attività è stata espletata. Sono state approvati atti per ciascuna delle 3 aree contrattuali	si	15,0%	100,0		15,0%	
Miglioramento Gestione Fondi	Programmazione utilizzo fondo straordinari	Sono state avanzate alla Direzione proposte per l'utilizzo dello straordinario.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Proposta di delibera per la graduazione delle funzioni aziendali	Sono stati predisposti i regolamenti delle due aree della dirigenza. I percorso sindacale della Dirigenza medica si è concluso entro l'anno. L'iter sindacale della Dirigenza Spta era ancora in corso alla fine dell'anno per cause indipendenti dalla volont	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Revisione Coordinamenti e Posizioni Organizzative	Sono stati predisposti i regolamenti per Posizioni Organizzative e Coordinamenti e tutte le simulazioni a ciò conseguenti. L'iter sindacale iniziato da mesi è ancora in corso per cause indipendenti dalla volontà dell'ufficio.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Proposta delibera monte ore per partecipazione a riunioni sindacali	La delibera è stata approvata.	si	15,0%	100,0		15,0%	
Sviluppo del Personale	Adozione di un sistema di valutazione del personale	Con gli accordi sugli incentivi aziendali e i regolamenti di graduazione delle funzioni è stato definito il sistema di valutazione sugli stessi incentivi e sugli incarichi professionali.	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione Politiche del Personale	Monitoraggio ore per partecipazione a riunioni sindacali	La delibera è stata approvata.	si	5,0%	100,0		5,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	



**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.C. Programmazione Acquisti e Logistica**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Apertura Nuovo Ospedale	Monitoraggio/Attivazione Procedure Nuovo Ospedale	Effettuati gli ordinativi di tutte le forniture	si	60,0%	100,0		60,0%	
Gare di appalto gestione RSA	Coordinamento gruppo aggiudicazione gare RSA	Avviata la nuova gestione della struttura San Cataldo, terminata la procedura relativa a Marlia (ricorso in atto) e ai trasporti interni del NO. Inviata le coperture economiche e documentazione per effettuazione delle ulteriori gare RR.SS.AA. E CC.DD	si	40,0%	100,0		40,0%	
				<b>Totale pesi valutati</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>100,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.C. Programmazione e Controllo di Gestione**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione Percorso di budgeting	Monitoraggio Trimestrale Schede di Budget con incontri di verifica ad hoc con CdR	Il monitoraggio, tenendo anche conto degli accordi sindacali stipulati, in accordo con la direzione aziendale, è stato modificato e realizzato su base quadrimestrale	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione Percorso di budgeting	Monitoraggio Trimestrale Budget Economico assegnato con incontri di verifica ad hoc con CdR	Monitoraggio budget economico effettuato in corrispondenza delle verifiche quadrimestrali degli obiettivi di budget	si	20,0%	100,0		20,0%	
Supporto Informativo all'Accordo Integrativo Aziendale con MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali	Reportistica da assicurare con cadenza trimestrale		si	15,0%		REDISTR		accordo con MMG/PLS è stato stipulato a dicembre
Ottimizzazione Percorso di budgeting	Invio Report di sintesi alla Direzione Aziendale per l'Analisi dei scostamenti con cadenza trimestrale	Reportistica sulla produzione e consumi mensilizzata - Reportistica su obiettivi di budget quadrimestrale, anche in considerazione degli accordi sindacali	si	20,0%	100,0		20,0%	
Controllo Servizi Residenzialità	Verifica presenze pazienti RSA vs Ricoveri		si	10,0%		REDISTR		Problema tecnico relativo alla selezione dei pazienti tramite codice fiscale per inizio utilizzo nella SDO dell'identificativo unico regionale
Completezza Reportistica Direzionale	Reportistica Dipartimento Prevenzione	Completa autonomia nella estrazione dei dati dal software "Prodotti Finiti". Reportistica realizzata con cadenza quadrimestrale legata allo stato di avanzamento degli obiettivi di budget	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>75,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>75,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.S. Comunicazione, Gestione Relazioni con il pubblico e Marketing**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Osservatorio Regionale - cittadini che trovano soluzione ai problemi senza utilizzare strumento del reclamo	Numero di cittadini presi in carico direttamente vs 2012	Le prese in carico del 2013 sono state 2.430, rispetto alle 543 registrate nel corso del 2012. L'obiettivo è quindi stato abbondantemente raggiunto	+5%	10,0%	100,0		10,0%	
Osservatorio Regionale - Miglioramento tempi di risposta ai reclami dei cittadini	% risposta reclami entro 60gg		≥60%	15,0%		dato n.d.		
Osservatorio Regionale - Miglioramento strumenti di contatto del cittadino con l'URP	Aumento numero di contatti di posta elettronica con l'URP vs 2012	L'obiettivo è stato raggiunto, con un numero di contatti per posta elettronica nettamente superiore (691 contro 36) rispetto al 2012	+5%	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento strumenti di contatto del cittadino con l'URP	Aumento numero di contatti con il Sito Internet aziendale vs 2012	visite: +49,46%; visitatori unici +49,21%	+3%	10,0%	100,0		10,0%	
Familiarizzazione dipendenti con Nuovo Ospedale	Numero di visite al Nuovo Ospedale per Dipendenti	effettuate oltre 60 visite mirate al Nuovo Ospedale di Lucca, riservate a nostri dipendenti	≥50	10,0%	100,0		10,0%	
Promozione e conoscenza del Nuovo Ospedale	Numero di incontri formativi/informativi con Dipendenti	26 incontri formativi/informativi	≥20	10,0%	100,0		10,0%	
Informazione alla cittadinanza sul campo per Nuovo Ospedale	Numero di visite al Nuovo Ospedale per Popolazione e Stakeholders	36	≥20	10,0%	100,0		10,0%	
Efficienza nell'utilizzo delle risorse	Rispetto del Budget Assegnato	E' stato rispettato il budget assegnato	si	15,0%	100,0		15,0%	
Miglioramento della comunicazione e partecipazione del cittadino	Indicatore Sintetico MeS - "Comunicazione e Partecipazione del Cittadino	83%	≥ 82,5%	10,0%	100,0		10,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**



Servizio Sanitario della Toscana  
staff direzione generale

**S.S. Gestione Operativa e Sviluppo Organizzativo**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Miglioramento della Logistica dei beni	Stesura Piano Operativo per la Logistica dei beni in funzione della nuova piattaforma di distribuzione del Nuovo Ospedale	Redatto Piano Operativo per Estav	si	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento dei Trasporti interni	Stesura Piano Operativo per il Trasporto Leggero e Pesante per il Nuovo Ospedale	Partecipato al Gruppo di stesura del Piano Operativo per il trasporto	si	20,0%	100,0		20,0%	
Ottimizzazione dei processi aziendali	Integrazione delle differenti Applicazioni Informative Ospedaliere in un ottica di riorganizzazione dei processi	100% per il supporto dato all'ottimizzazione dei processi in una logica di integrazione (specifiche tecniche, analisi dei processi). Valutato lo stato dell'arte degli applicativi aziendali e relative integrazioni. Proposte analisi di processo per individu	si	5,0%	100,0		5,0%	
Progetto Net Visual DEA	Estensione del Visual Hospital a tutte le Aree di degenza dell'Ospedale Campo di Marte prima del trasferimento nel NH	estensione completata	si	20,0%	100,0		20,0%	
Progetto Net Visual DEA	Estensione del Plan for Every Patient nel Pronto Soccorso e nelle UU OO del Padiglione C dell'Ospedale Campo di Marte prima del trasferimento nel NH		sospeso	15,0%		REDISTR		Non raggiungibile nell'anno perché subordinato e bloccato dall'utilizzo della cartella integrata informatizzata
Sviluppo e miglioramento del Bed Management in collaborazione con la Direzione di Presidio Ospedaliero e ICT	Sviluppo del software dedicato alla gestione dei posti letti in un ottica multispecialistica	Documentazione con ruolo Bed Manager e Individuata nuova procedura di presidio su gestione posti letto	si	10,0%	100,0		10,0%	
Miglioramento utilizzo Sedute Blocco Operatorio	Incremento Indici di produttività assegnati al Direttore Dipartimento Chirurgico	Partecipato alla stesura del progetto di riorganizzazione del Blocco.	si	5,0%	100,0		5,0%	
Miglioramento Produttività nella Diagnostica Pesante per interni	% Prestazioni TC e RM richieste dai reparti di degenza e refertate entro 48 ore dalla richiesta	Analisi Organizzativa effettuata. Individuate criticità e possibili soluzioni iniziato percorso di implementazioni delle soluzioni.% migliorata su due rilevazioni fatte a distanza di 6 mesi.	si	15,0%	100,0		15,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>85,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>		<b>85,0%</b>	

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

staff direzione generale

**S.S. Qualità e Accreditamento**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Autorizzazione all'esercizio Ospedale S. Luca	Rispetto cronoprogramma per la Domanda in Regione	si	si	41,7%	100,0		41,7%	
Allineamento del Sistema di Gestione della Qualità (Revisione Procedure Aziendali, Modulistica , etc..)	Procedure Revisionate	si	si	8,3%	100,0		8,3%	
Accreditamento Istituzionale Aziendale e Supporto alle Strutture aziendali nei percorsi specifici in base al nuovo Regolamento Aziendale e in conformità agli indirizzi regionali	Aggiornamento domanda di Accreditamento sia cartaceo (tabelle) sia informatizzata (indicatori) su Programma informatizzato Regionale	si	si	25,0%	100,0		25,0%	
Revisione/ implementazione di alcuni percorsi assistenziali e di presa in carico appropriata dei pazienti favorendo l'integrazione ospedale -territorio	PDTA / PIC specifici revisionati o implementati vs 2012	si	>5	16,7%	100,0		16,7%	Aggiornati e/o implementati il Percorso ambulatoriale Salute Mentale adulti VdS (SMAV), Salute Mentale Adulti Lucca (SMAL) , Chirurgia , Medicina dello Sport . E' stato implementato il lavoro sul PDTA "Ferite difficili in trattamento con terapia topica ne
Implementazione processo di ricovero in Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza ( in collaborazione con Pronto Soccorso, Macrostruttura Ospedaliera, Comunicazione, Gestione relazioni con il Pubblico e Marketing, etc..)	Analisi di processo con Procedure/registrazioni / Fattori di Qualità (Utente, Cliente interno, Azienda)	si	si	8,3%	100,0		8,3%	Redatto il processo di ricovero, con fasi, procedure, moduli, ed il Regolamento di Medicina d'urgenza.
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>100,0%</b>	<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>			<b>100,0%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

**S.S. Servizio Prevenzione e Protezione dei Rischi**

obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Ottimizzazione attività connesse con la Radioprotezione	Stesura e implementazione Regolamento Aziendale per la Radioprotezione	si	si	10,0%	100,0		10,0%	
Diminuzione e gestione rischi connessi alle attività lavorative	Aggiornamento, stesura e implementazione del Regolamento per la Sicurezza sui luoghi di lavoro	si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Attività di formazione e informazione dei lavoratori	N. di Corsi rivolti ai lavoratori tesi alla diminuzione e gestione dei rischi sul lavoro vs 2012	si	+3	5,0%	100,0		5,0%	4 corsi di formazione (16 ore - accordo stato regioni 2011), 2 corsi alto rischio incendio VVF
Incremento dei Dispositivi di Protezione Individuale	N. di Dispositivi di Protezione Individuale utilizzati vs 2012		+ 2%	5,0%		dato n.d.		
Supporto e contributo per attivazione Nuovo Ospedale	Attuazione Cronoprogramma del Trasferimento di materiali e attività previsto dalla Task Force Nuovo Ospedale	si	si	50,0%	100,0		50,0%	
Diminuzione tasso di infortunio del perosnale	Tasso di infortunio		< 4	10,0%		dato n.d.		
			<b>Totale pesi valutati</b>	<b>85,0%</b>			<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>85,0%</b>

**PERSONALE STRUTTURE STAFF, DIP. AMMINISTRATIVO, DIP. AREA TECNICA: VERIFICA OBIETTIVI BUDGET 2013, fine anno - dettaglio indicatori**

staff direzione generale

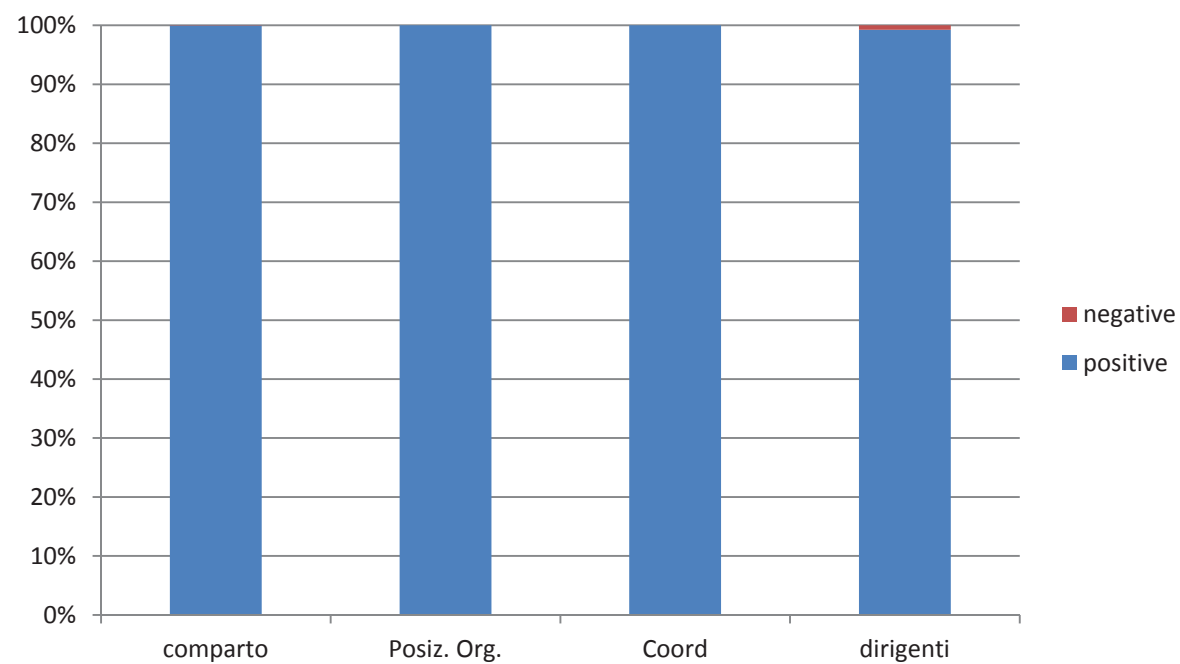
obiettivo	indicatore	2013	risultato atteso	peso	%ragg	motivo no valutaz	% peso	note
Rimodulazione dell'Unità Operativa	Trasferimento personale da Sede di capannori a sede ex OMNI	si	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione nella Valutazione dei Rischi con SPP	Sopralluoghi congiunti con SPP	28	> 20	10,0%	100,0		10,0%	
Rimodulazione dell'Unità Operativa	Assegnazione di incarichi ai medici competenti come da Deliberazione DG n. 650 del 6/12/2012	si	si	20,0%	100,0		20,0%	
Integrazione con Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi	Partecipazione dei neoassunti ai corsi di formazione ad hoc		100%	10,0%		dato n.d.		
Integrazione con Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi	Aggiornamento del Documento sulla Valutazione dei rischi	si	si	20,0%	100,0		20,0%	Effettuato aggiornamento Dvr per MMC nelle sale operatorie, in corso revisione del Dvr del dip di prev..E' iniziata la valutazione del rischio chimico e biologico del nuovo Ospedale .In fase avanzata la stesura dei DUVRI. In discussione le basi per la MMC
Ottimizzazione Sorveglianza Sanitaria	Aggiornamento e omogenizzazione dei Protocolli utilizzati per la Sorveglianza Sanitaria dei dipendenti	si	si	10,0%	100,0		10,0%	
Ottimizzazione collaborazione con OUC Assistenza Infermieristica Ospedaliera	Redazione e implementazione protocollo condiviso con UOC Assistenza Infermieristica Ospedaliera per adeguato collocamento del personale in base alle potenzialità psico-fisiche	si	si	20,0%	100,0		20,0%	
<b>Totale pesi valutati</b>				<b>90,0%</b>		<b>Totale pesi valutati raggiunti</b>	<b>90,0%</b>	

# LA VALUTAZIONE INDIVIDUALE

DATA DI AGGIORNAMENTO GIUGNO 2014



# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI

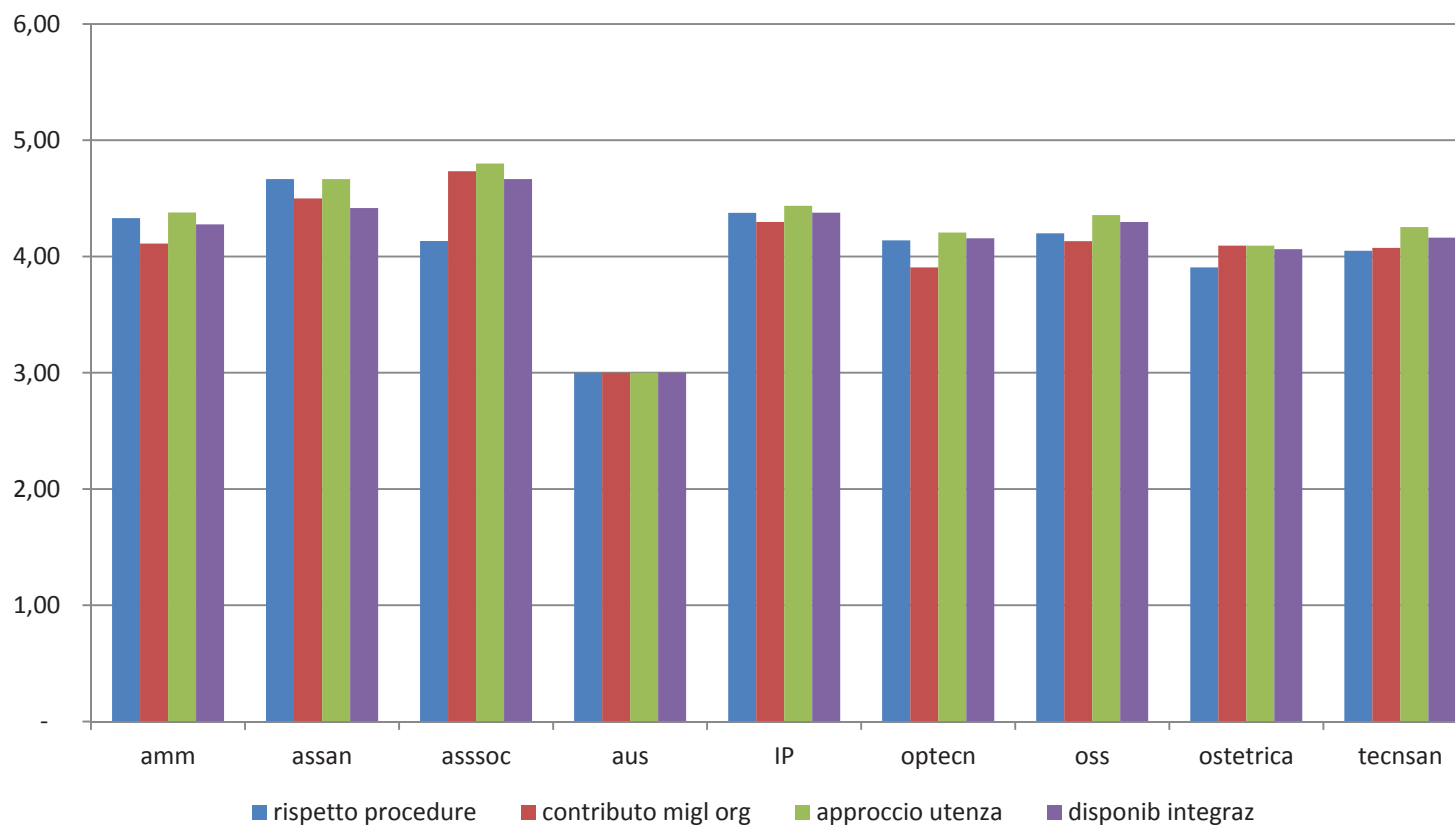


	comparto	Posiz. Org.	Coord	dirigenti
positive	1.951	76	70	532
negative	1	-	-	4
<b>totale</b>	<b>1.952</b>	<b>76</b>	<b>70</b>	<b>536</b>

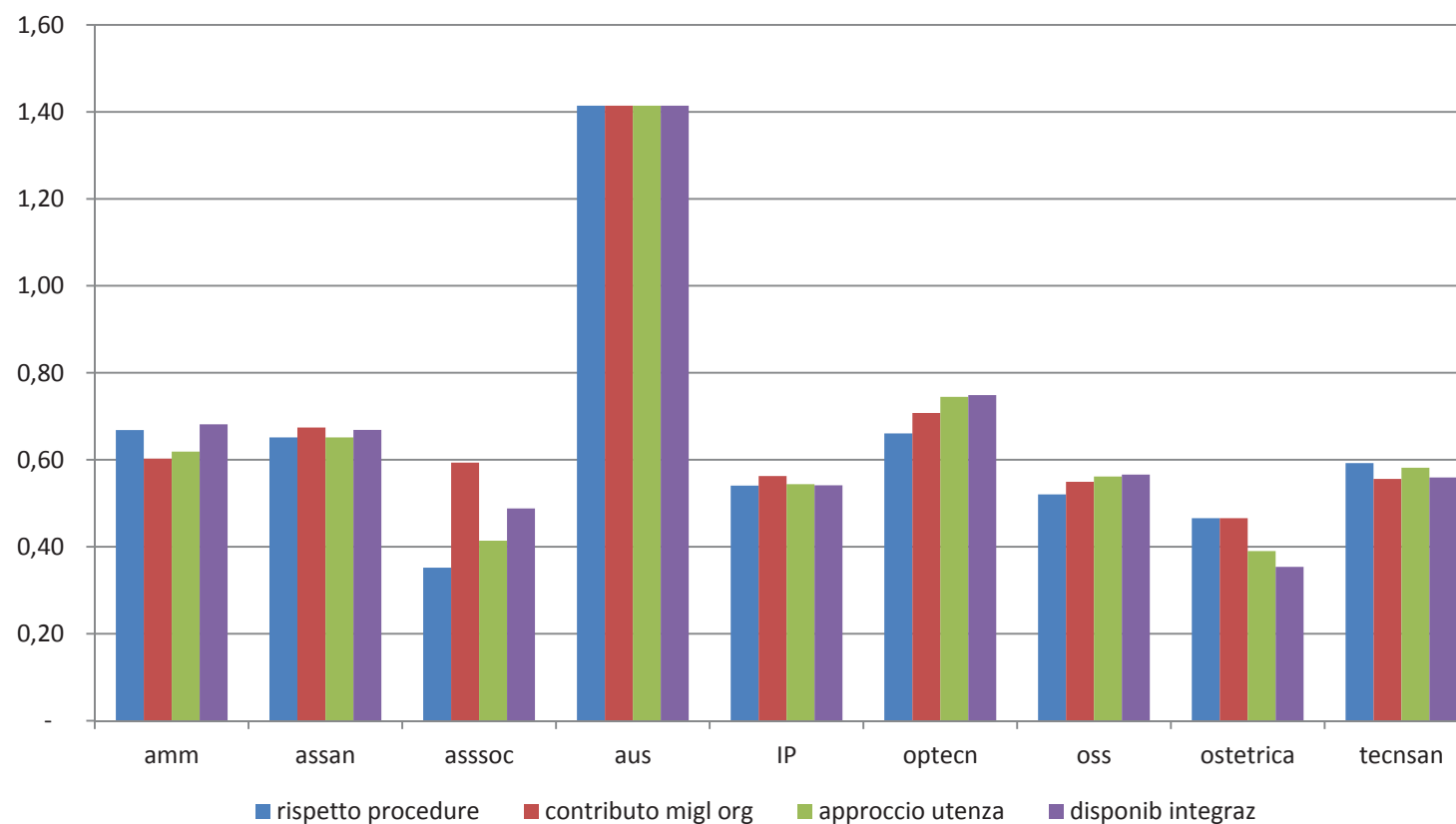
# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA E DEV STD COMPARTO

qualifica	nr valutati	media				dev std			
		rispetto procedure	contributo migl org	approccio utenza	disponib integraz	rispetto procedure	contributo migl org	approccio utenza	disponib integraz
amm	206	4,33	4,11	4,38	4,28	0,67	0,60	0,62	0,68
assan	12	4,67	4,50	4,67	4,42	0,65	0,67	0,65	0,67
asssoc	15	4,13	4,73	4,80	4,67	0,35	0,59	0,41	0,49
aus	2	3,00	3,00	3,00	3,00	1,41	1,41	1,41	1,41
IP	1005	4,38	4,30	4,44	4,38	0,54	0,56	0,54	0,54
optecn	160	4,14	3,91	4,21	4,16	0,66	0,71	0,74	0,75
oss	236	4,20	4,13	4,36	4,30	0,52	0,55	0,56	0,57
ostetrica	32	3,91	4,09	4,09	4,06	0,47	0,47	0,39	0,35
tecnsan	284	4,05	4,07	4,25	4,16	0,59	0,56	0,58	0,56

# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA COMPARTO



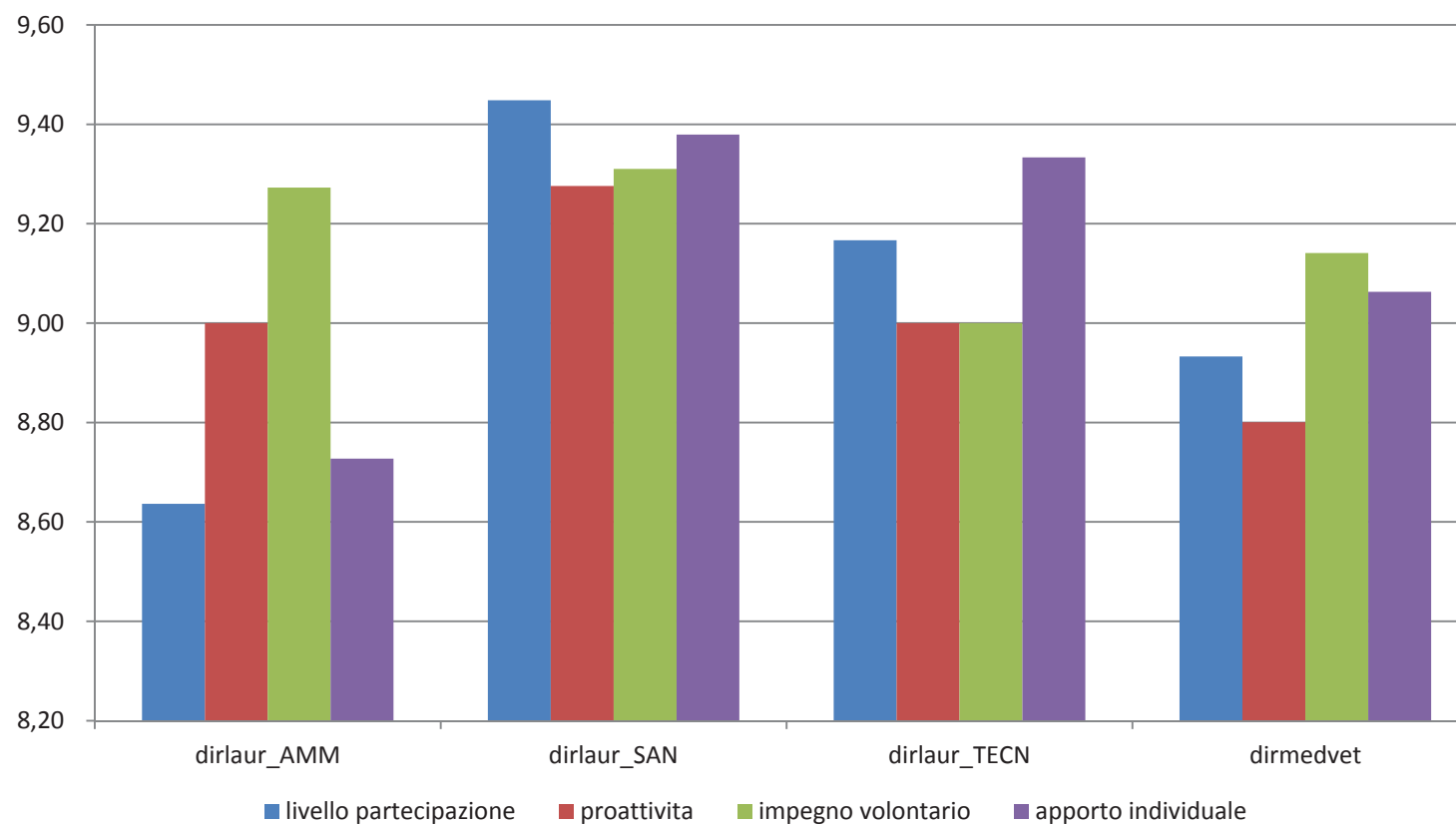
# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- DEV STD COMPARTO



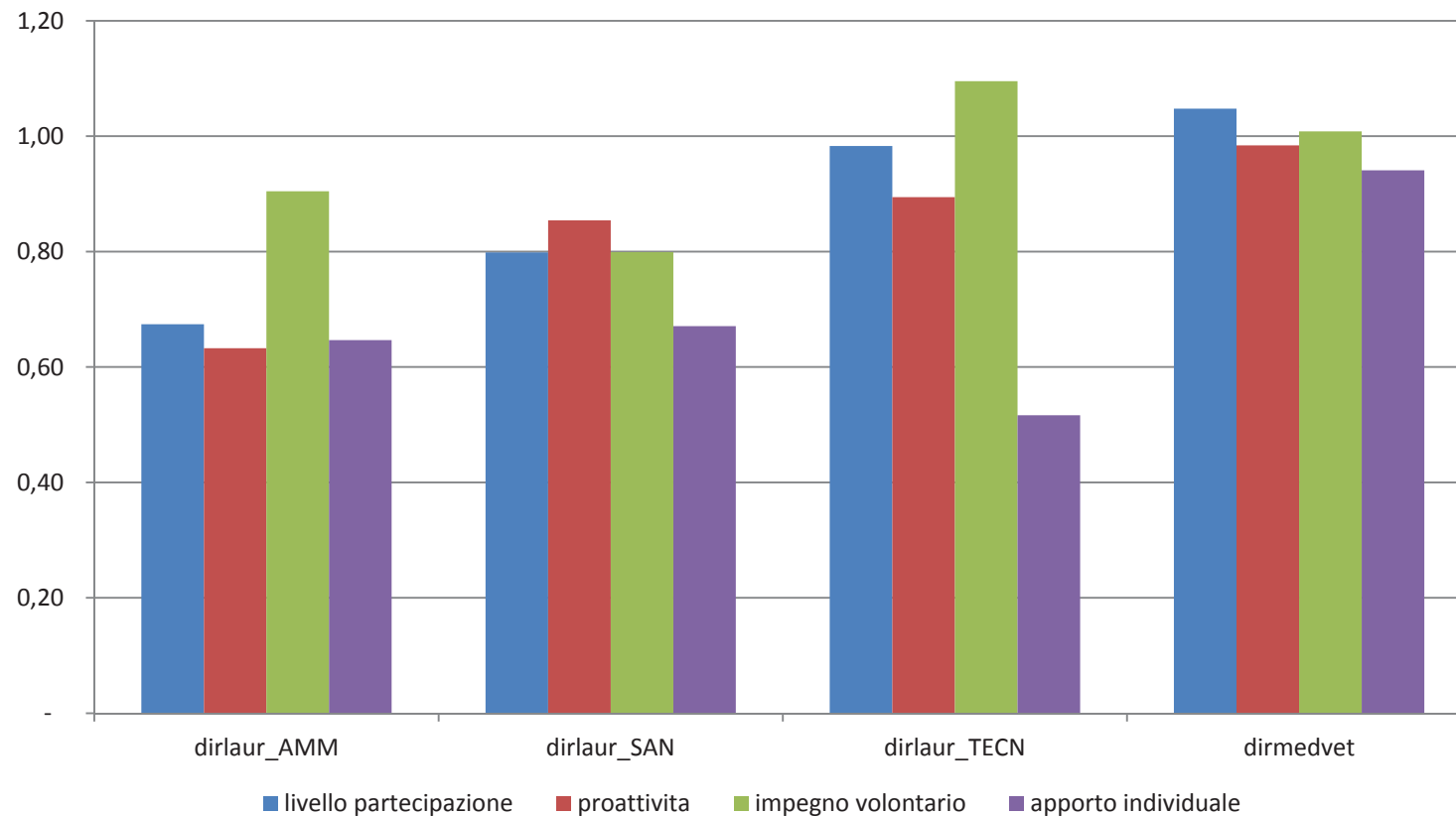
# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA E DEV STD DIRIGENZA

qualifica	nr valutati	media				dev std			
		livello partecipazi one	proattività	impegno volontario	apporto individuale	livello partecipazi one	proattività	impegno volontario	apporto individuale
dirlaur_AMM	11	8,64	9,00	9,27	8,73	0,67	0,63	0,90	0,65
dirlaur_SAN	58	9,45	9,28	9,31	9,38	0,80	0,85	0,80	0,67
dirlaur_TECN	6	9,17	9,00	9,00	9,33	0,98	0,89	1,10	0,52
dirmedvet	461	8,93	8,80	9,14	9,06	1,05	0,98	1,01	0,94

# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA DIRIGENZA



# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- DEV STD DIRIGENZA

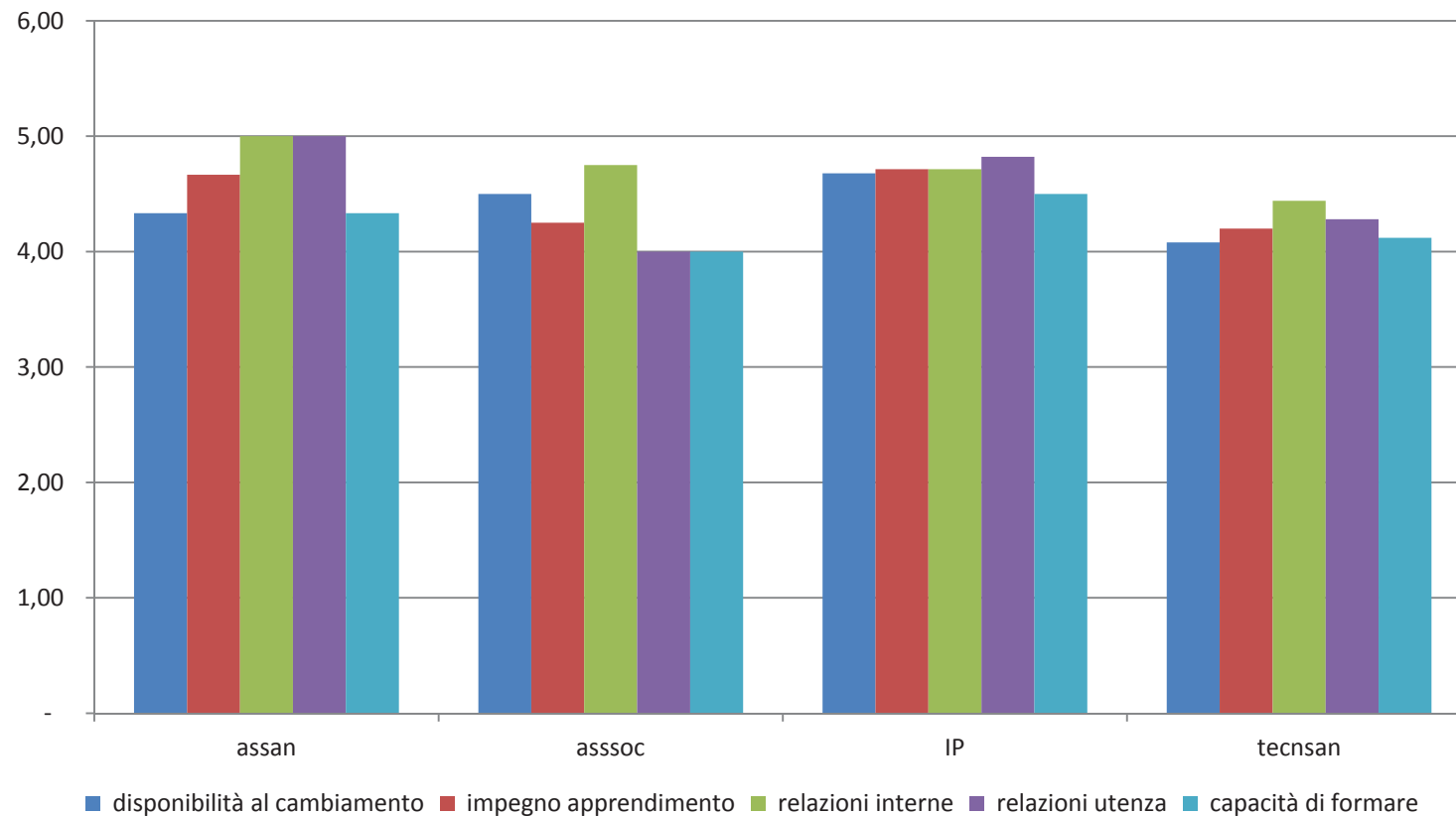


**SST**  
Azienda  
USL 2  
Lucca  
Servizio Sanitario della Toscana

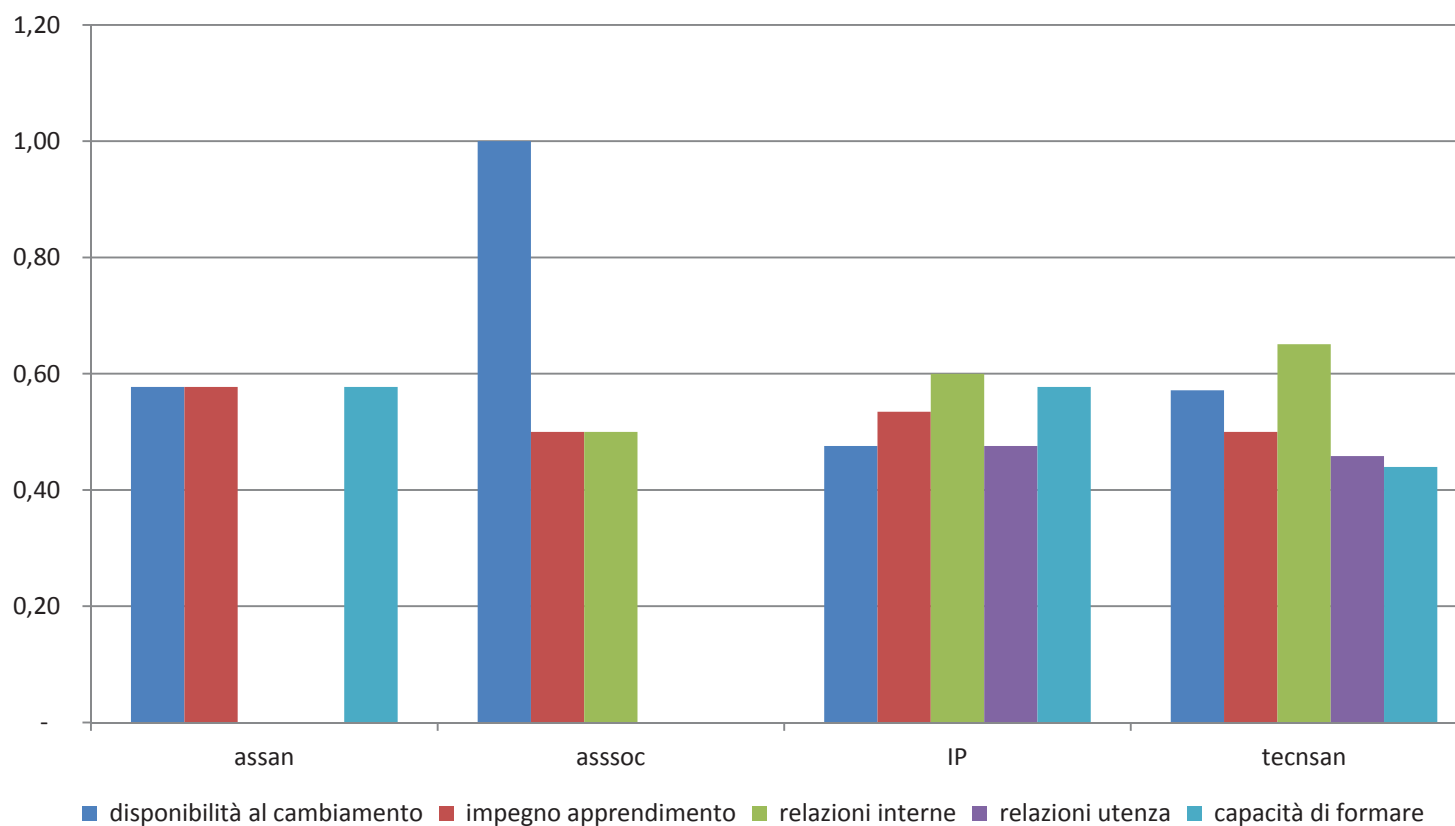
		media					dev std				
qualifica	nr valutati	disponibilità al cambiamento	impegno apprendimento	relazioni interne	relazioni utenza	capacità di formare	disponibilità al cambiamento	impegno apprendimento	relazioni interne	relazioni utenza	capacità di formare
assan	3	4,33	4,67	5,00	5,00	4,33	0,58	0,58	-	-	0,58
assoc	4	4,50	4,25	4,75	4,00	4,00	1,00	0,50	0,50	-	-
IP	28	4,68	4,71	4,71	4,82	4,50	0,48	0,53	0,60	0,48	0,58
tecnsan	25	4,08	4,20	4,44	4,28	4,12	0,57	0,50	0,65	0,46	0,44



# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA COORDINATORI



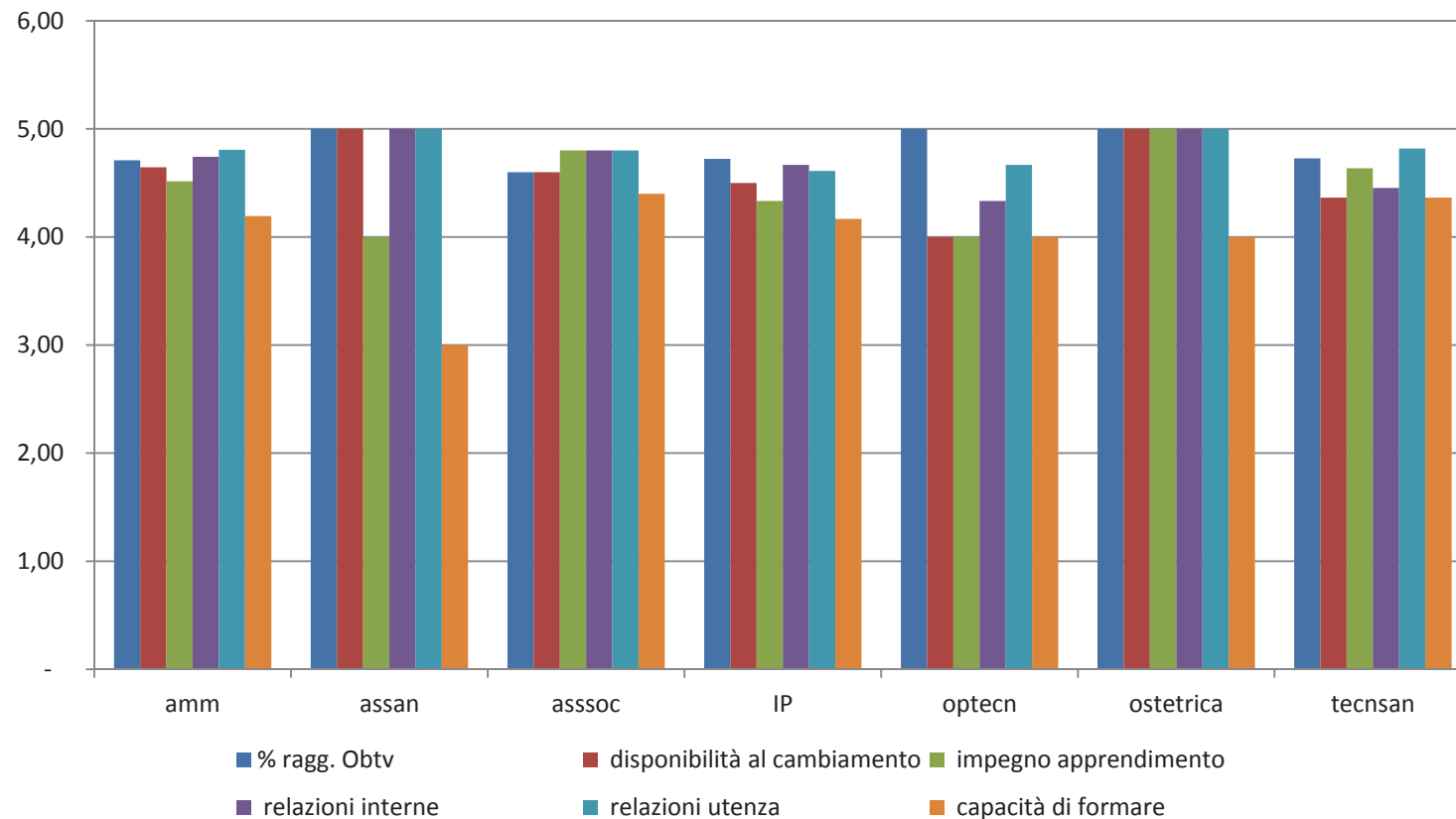
# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- DEV STD COORDINATORI



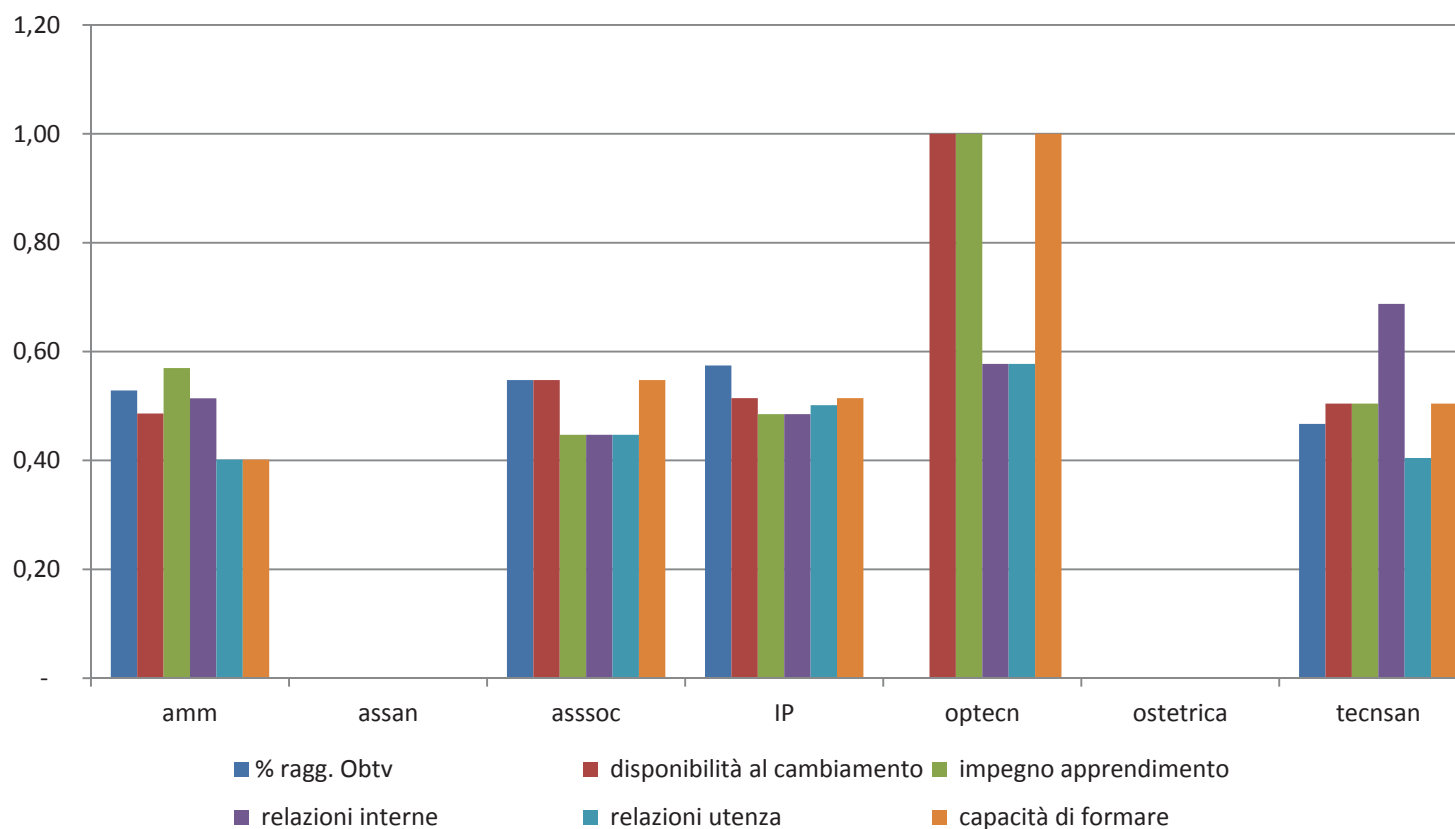
# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA E DEV STD P.O.

qualifica	nr valutati	media						dev std					
		% ragg. Obtv	disponibilità al cambiamento	impegno apprendimento	relazioni interne	relazioni utenza	capacità di formare	% ragg. Obtv	disponibilità al cambiamento	impegno apprendimento	relazioni interne	relazioni utenza	capacità di formare
amm	31	4,71	4,65	4,52	4,74	4,81	4,19	0,53	0,49	0,57	0,51	0,40	0,40
assan	1	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	3,00						
assoc	5	4,60	4,60	4,80	4,80	4,80	4,40	0,55	0,55	0,45	0,45	0,45	0,55
IP	18	4,72	4,50	4,33	4,67	4,61	4,17	0,57	0,51	0,49	0,49	0,50	0,51
optecn	3	5,00	4,00	4,00	4,33	4,67	4,00	-	1,00	1,00	0,58	0,58	1,00
ostetrica	1	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00						
tecnsan	11	4,73	4,36	4,64	4,45	4,82	4,36	0,47	0,50	0,50	0,69	0,40	0,50

# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- MEDIA P.O.



# La valutazione individuale 2014: I RISULTATI- DEV STD P.O.



## 1. Criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2013, è redatta secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2013.

## 2. Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

La ASL n. 2 di Lucca opera su un territorio coincidente con parte della provincia di Lucca, con una popolazione complessiva di 228.657 abitanti (Uffici Anagrafi Comuni di competenza), distribuiti in 28 comuni, suddivisi in due distretti: Piana di Lucca e Valle del Serchio.

La distribuzione della popolazione per fasce di età è rappresentata nella seguente tabella:

<b>Assistiti fonte Fls 11 Anno 2013</b>	<b>Numero</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
Popolazione di età 0-13 anni	26.731	13.677	13.054
Popolazione di età 14-64 anni	143.844	72.630	71.214
Popolazione di età 65-74 anni	27.497	13.177	14.320
Popolazione di età 75 anni e oltre	30.585	11.721	18.864
TOTALE	228.657	111.205	117.452

Nell'esercizio 2013 la popolazione esente da ticket per motivi diversi dal reddito è pari a 63.425.

### Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO FLS 11 Anno 2013	<b>I dati sulla popolazione assistita, e sulla sua scomposizione per fasce d'età, sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS 11.</b>
MODELLO FLS 11 Anno 2013	<b>I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11.</b>

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard. In particolare, la popolazione ISTAT è pari a 224.501 unità, la popolazione utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 223.530.

L'organizzazione e le attività dell'Azienda USL 2 sono improntate:

- a criteri di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza;
- ad assicurare l'ottimale erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ad alta integrazione in ottemperanza agli atti di programmazione nazionali e regionali;
- a garantire il coinvolgimento dei professionisti nel processo gestionale.

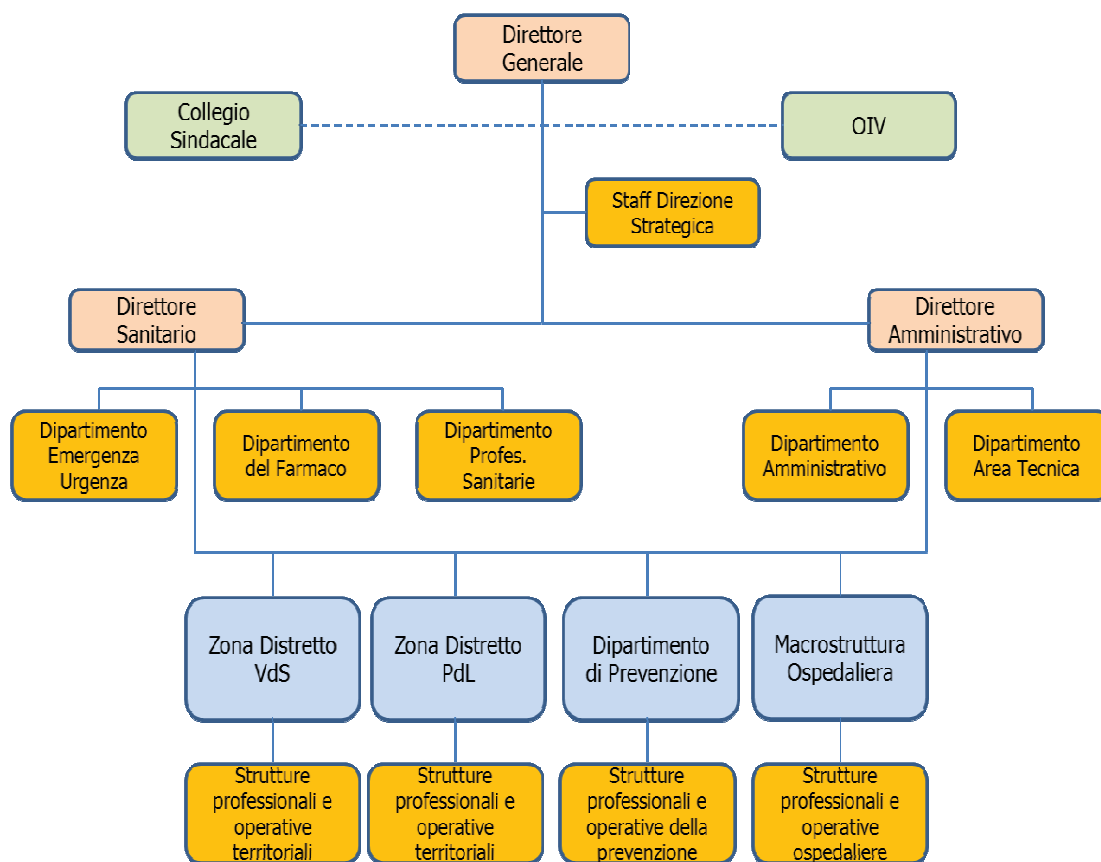
La gestione dell'Azienda USL 2:

- è basata su principi di programmazione e controllo che danno attuazione agli obiettivi definiti con la pianificazione aziendale;
- è realizzata tramite un sistema di budget;
- è conseguita assegnando risorse, obiettivi e valutando le performance delle strutture aziendali sulla base del sistema di budget aziendale.

L'organizzazione dell'Azienda USL 2 si articola in:

- a) Direzione Aziendale, che elabora, realizza e sviluppa le strategie dell'azienda, esprime la volontà decisionale e gestisce i rapporti esterni;
- b) Strutture di governo sanitario, che hanno il compito di contribuire alla realizzazione della programmazione aziendale, di produrre i servizi socio-sanitari attraverso l'organizzazione delle risorse loro assegnate mediante i processi di budget e di rispondere dei risultati negoziati con la Direzione aziendale. Le Strutture di Governo Sanitario sono riunite per Macro aree (Presidi ospedalieri, Zone/Distretto, Dipartimento della Prevenzione, DEU), le quali sono articolati per Dipartimenti, in base alla omogeneità delle prestazioni erogate;
- c) Strutture di governo economico, che hanno il compito di acquisire e gestire i fattori di produzione necessari, presidiando i processi tecnico-amministrativi utili a conseguire i propri obiettivi di programmazione, controllo e produzione (Area Amministrativa e Tecnica ed Aree di Staff)

Di seguito la tabella che sintetizza l'organigramma aziendale:



### 3. Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

#### 3.1 Assistenza Ospedaliera

##### A) STATO DELL'ARTE

L'Azienda USL 2 opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 3 case di cura private autorizzate e convenzionate.

La Macrostruttura Ospedaliera opera attraverso due Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Lucca;
- Presidio Ospedaliero della Valle del Serchio articolato negli stabilimenti di Barga e di Castelnuovo Garfagnana;

I Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo un sistema a rete che ne garantisce il coordinamento per l'uso razionale delle risorse, nonché per assicurare la continuità ed efficacia dei percorsi assistenziali ospedale-territorio mediante integrazione con le strutture territoriali.

Nel territorio della Azienda USL 2 di Lucca sono presenti tre Case di Cura private autorizzate ed accreditate con il Servizio Sanitario Regionale. Le strutture erogano per conto



dell'Azienda USL 2, entro tetti contrattuali determinati, prestazioni di ricovero, di day surgery ed ambulatoriali, nelle seguenti discipline:

- Casa di Cura M.D. Barbantini: chirurgia generale, oftalmologia, ortopedia e medicina interna in regime di ricovero ospedaliero e ambulatoriale; radiodiagnostica con attività di risonanza magnetica in regime ambulatoriale;
- Casa di Cura Santa Zita: oftalmologia, medicina interna, ortopedia e chirurgia generale in regime di ricovero ospedaliero e ambulatoriale; cardiologia e radiodiagnostica in regime ambulatoriale;
- Casa di Cura Ville di Nozzano: psichiatria in regime di ricovero ospedaliero.

L'Accreditamento Istituzionale nell'anno 2013 ha impegnato l'Azienda in un lavoro complesso ma stimolante per migliorare i percorsi ed i monitoraggi dell'attività.

Per l'Autorizzazione all'esercizio nel 2013 l'Azienda è stata verificata a campione, struttura e attività ivi allocate, per l' Edificio A del P.O. Castelnuovo Garfagnana con i percorsi specifici in Chirurgia , Ortopedia, Diagnostica per Immagini e Farmacia. La verifica regionale (28-30/10/2013) ha avuto esito favorevole.

L'Azienda nell'anno 2013 ha ottenuto il rilascio dell'Accreditamento Istituzionale con decreto N° 5210 del 06/12/13 che ha validità di 5 anni per le seguenti strutture/dipartimenti:

- Area/Dip. Oncologico (oncologia e screening)
- Area/Dip. Medico Aziendale
- Area/Dip. Emergenza Urgenza
- Area/Dip. Medicina e Traumatologia dello Sport e Ortopedia
- Area/Dip. Cardiorespiratorio
- Area/Dip. Chirurgico
- Area/Dip. Materno Infantile tabella
- Area/Dip. Diagnostica

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 431 D.O., 43 D.S., 49 D.H. per un totale di 523 unità; quelli convenzionati sono pari a 161 unità.

Presidi	DH	DS	DO	TOT	note
<b>Piana di Lucca</b>	33	38	290	361	esclusi 24 nido
<b>Valle del Serchio</b>	16	5	145	166	esclusi 12 nido
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>43</b>	<b>435</b>	<b>527</b>	
<b>Santa Zita</b>	3	4	49	56	

<b>Barbantini</b>	4	9	52	65	
<b>Nozzano</b>	1	0	39	40	
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>140</b>	<b>161</b>	

**Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:**

MODELLO HSP 11 Anno 2013	I dati sul numero di strutture a gestione diretta (2 Presidi) e convenzionate (3 Presidi) sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP 11.
MODELLO HSP 12 Anno 2013	I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 12.
MODELLO HSP 13 Anno 2013	I dati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 13.

**B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

Nel corso del 2013 l'Azienda ha continuato le azioni per la realizzazione di obiettivi strategici propri ed in linea con le indicazioni regionali agendo in particolare su tre linee di attività.

**1) Definizione dei processi di cura nell'Ospedale Campo di Marte di Lucca secondo la logica del modello dell'«Ospedale per intensità di Cura»**

Il modello, già implementato a fine 2012 nell'Area Chirurgica, con l'individuazione dell'Area di degenza ordinaria della Chirurgia d'urgenza e l'Area della degenza ordinaria della Chirurgia elettiva nelle due modalità week e long, è stato sviluppato, nel corso del 2013, nelle diverse Aree dell'Ospedale Campo di Marte in previsione del trasferimento delle attività ospedaliere nel Nuovo Ospedale S. Luca (avvenuto nel mese di Maggio 2014), il cui layout architettonico è funzionale ai principi dell' «Ospedale per intensità di Cura».

L'applicazione di questo modello organizzativo ha presupposto una reingegnerizzazione complessiva di tutti i processi ospedalieri (ridefiniti in un'ottica di percorso che corrisponde a quello affrontato dal cittadino, superando la logica secondo la quale ogni struttura è programmata e valutata solo in rapporto alla qualità ed all'efficienza dei propri processi interni) secondo i principi della Lean Organization e gli strumenti dell'operation management finalizzata all'implementazione del "valore" per il paziente.

Tale modalità organizzativa è stata, quindi, estesa all'Area Medica ed all'Area delle Cure Sub-intensive (al cui interno trovano collocazione pazienti con omogenei livelli di bisogno assistenziale, precedentemente ricoverati in diverse aree dell'ospedale), con conseguente recupero di efficienza.

Il modello, sul versante dell'emergenza urgenza, è stato implementato attraverso il potenziamento dell'Osservazione Breve Intensiva e l'attivazione, a partire dal mese di Novembre 2013, della Struttura ospedaliera di ricovero di Medicina d'urgenza, finalizzata a ridurre il tasso di ospedalizzazione conseguente agli accessi di pronto soccorso, di incrementare l'appropriatezza dell'utilizzo "posto letto chirurgico" e di ridurre la degenza media dei ricoveri medici.

Sono stati, inoltre, sviluppati modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico dell'«outpatients», con implementazione delle forme di ospedalizzazione a ciclo diurno (Pacchetti Ambulatoriali, Day Service, etc.) ed il miglioramento del tasso di utilizzo del Day Hospital, soprattutto oncologico.

L'implementazione del modello dell'«Ospedale per intensità di Cura», è stata inoltre valorizzata attraverso l'organizzazione «per cellula» del sistema dell'assistenza e della figura del «case manager infermieristico» e del «medico tutor» che ruotano intorno al paziente garantendone la centralità e presa in carico globale e la definizione dei Percorsi Diagnostici Clinico Assistenziali. A tal fine è iniziata l'implementazione e l'utilizzo di strumenti di tipo informatico (come l'adozione della cartella clinica informatizzata, l'utilizzo di sistemi informatizzati di gestione pazienti e di valutazione delle condizioni cliniche, l'utilizzo della connettività wireless) al fine di facilitare la trasformazione del modello di erogazione dell'assistenza ospedaliera. E' stata infine valorizzata l'integrazione transmurale dell'Ospedale con il territorio, ed in particolare con le cure primarie, in relazione alla continuità assistenziale, in particolare per le patologie croniche e per le cure palliative.

## **2) Integrazione dei processi di cura ospedalieri erogati nei due Stabilimenti dell'Ospedale della Valle del Serchio in un unico Presidio**

E' continuata l'opera di integrazione dei processi di cura ospedalieri erogati nei due Stabilimenti (S. Francesco di Barga e S. Croce di Castelnuovo Garfagnana) del Presidio Ospedaliero della Valle del Serchio, secondo la logica del modello dell'«Ospedale per intensità di Cura», in previsione della realizzazione del Nuovo Ospedale Unico della Valle del Serchio, sulla base di una delle ipotesi al vaglio dei livelli istituzionali locali e regionali.

## **3) Integrazione nei processi di Area Vasta**

Il processo di integrazione tra le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Nord Ovest è proseguito anche nel 2013 nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali e in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. In termini generali, il ricorso al livello di Area Vasta è auspicabile ogni qualvolta l'ottimizzazione della filiera obiettivi/azioni/risultati/risorse sia ritenuto il più economico ed efficace, costituendo

un'opportunità ed un'utilità per il sistema, configurandosi come un ampliamento della gamma delle possibili soluzioni organizzative a cui le Aziende possono ricorrere.

In particolare nel settore Ospedaliero, gli obiettivi strategici sono stati:

- l'adozione delle misure di razionalizzazione della rete dei laboratori;
- la progettazione di un focused hospital di area vasta su attività proctologica e su pavimento pelvico.

### 3.2 Assistenza Territoriale

#### A) STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante 90 presidi a gestione diretta (di cui 14 collocati in ambito dei presidi ospedalieri) e 50 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

TIPO ASSISTENZA													
TIPO STRUTTURA	Attività clinica	Diagnostic a strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	TOT
Ambulatorio Laboratorio	19	1	0										20
Struttura residenziale					5				10	3	5	3	26
Struttura semiresidenziale					3				3	1			7
Altro tipo di struttura				14	6	3							23
<b>TOT strutture non osp</b>	19	1	0	14	14	3	0	0	13	4	5	3	76
<b>strutture osp</b>	3	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	14
<b>TOT</b>	22	5	4	17	14	3	0	0	13	4	5	3	90

Gli istituti o centri di riabilitazione a gestione diretta che svolgono attività ex art. 26, L. n. 833/1978 sono 4 ( di assistenza ambulatoriale), per complessivi 0 posti letto residenziali e 0 posti letto semiresidenziali.

*Per le strutture convenzionate:*

TIPO ASSISTENZA
-----------------

<b>TIPO STRUTTURA</b>	Attività clinica	Diagnosti ca strument ale e per immagini	Attività di laboratori o	Attività consultori o familiare	Assistenz a psichiatr ica	Assistenz a per tossicodi pendenti	Assistenz a AIDS	Assistenz a idroterm ale	Assistenz a agli anziani	Assistenz a al disabili fisici	Assistenz a al disabili psichici	Assistenz a al malati terminali	<b>TOT</b>
<i>Ambulatorio Laboratorio</i>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>										<b>21</b>
<i>Struttura residenziale</i>					<b>6</b>				<b>9</b>				<b>15</b>
<i>Struttura semiresidenziale</i>					<b>1</b>				<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>10</b>
<i>Altro tipo di struttura</i>					<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>					<b>4</b>
<b>TOT</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>50</b>

L'Accreditamento Istituzionale nell'anno 2013 ha impegnato l'Azienda in un lavoro complesso ma stimolante per migliorare i percorsi ed i monitoraggi dell'attività.

campione, struttura e attività ivi allocate, sull'edificio Nausicaa situato a Fornaci di Barga. Si tratta di una struttura residenziale psichiatrica afferente alla U.F. Salute Nel 2013, relativamente all'autorizzazione all'esercizio, l'Azienda è stata verificata a Mentale Adulti VdS. L'Azienda nell'anno 2013 ha ottenuto il rilascio dell'Accreditamento Istituzionale con decreto N° 5210 del 06/12/13 che ha validità di 5 anni per le seguenti strutture/dipartimenti:

- U.F. Tossicodipendenze Lucca
- U.F. Tossicodipendenze Valle del Serchio
- U.F. Cure Primarie Valle del Serchio
- Area/Dip. Oncologico (oncologia e screening)
- U.F. Cure Primarie Lucca
- Area/Dip. Materno Infantile (nascita e pediatrico)

L'Azienda inoltre è stata sottoposta in data 22-23 maggio a verifica Regionale, dopo sorteggio, per l'U.F. Tossicodipendenze Zona VdS, percorso "Dipendenze Patologiche", con esito favorevole.

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 172 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 201.016 unità, e 26 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 25.737 unità.

**Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:**

MODELLO STS 11 Anno 2013	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS 11.
MODELLO RIA 11	

Anno 2013	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate ex <i>art. 26, L. n. 833/1978</i> sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli RIA 11.
MODELLO FLS 12 Anno 2013	I dati esposti relativi a medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12.

## **B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E**

### **ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

L'Azienda USL di Lucca ha proseguito ad investire nel corso del 2013 nella rimodulazione dei servizi territoriali in particolare nel potenziamento delle cure intermedie e della sanità d'iniziativa.

#### **1) Cure Intermedie e territoriali**

L'utilizzo di percorsi di "cure intermedie" è strategico e per certi versi complementare alla funzione ospedaliera, che è centrata sulla fase acuta del problema di salute del cittadino che ha bisogno di una continuità assistenziale sia in entrata che in uscita dal presidio ospedaliero.

Nel corso del 2013 è stata espletata la progettazione per l'ulteriore sviluppo delle cure intermedie sull'intero territorio dell'azienda con:

- ampliamento dei posti letto presso l'ospedale di comunità di Marlia (gara in aggiudicazione);
- progettazione di moduli di cure intermedie presso la sede di Campo di Marte;
- riorganizzazione della rete di cure palliative domiciliari/hospice nella Piana di Lucca.
- progettazione dell'ampliamento dei posti letto di cure intermedie della Valle del Serchio, a seguito della riorganizzazione dei piccoli ospedali
- apertura di una struttura a bassa intensità assistenziale per pazienti psichiatrici;
- conversione sanitaria della struttura psichiatrica Nausicaa per pazienti psichiatrici sub acuti, al fine di evitare ricoveri inappropriati in SPDC.

Tale modalità operative dell'assistenza consentono l'erogazione di appropriati livelli di cure in contesti più adeguati dal punto di vista assistenziale, prediligendo, quando possibile, il domicilio del paziente.

#### **2) Sanità di Iniziativa**

L'Azienda USL 2 ha valorizzato l'esperienza della sanità d'iniziativa introdotta dalle Deliberazioni di Giunta Regionale n.716/2009, n.355/2010, n.469/2010 e n.822/2011 estendendone il campo di applicazione con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale.

Ad oggi l'Azienda ha attivato 13 moduli di sanità di iniziativa (5 nella VdS e 8 nella PdL) che coprono circa 100.000 cittadini ed ha valorizzato il lavoro in moduli con la presenza strategica dell'infermiere di famiglia che svolge un ruolo chiave nel supporto al self management e nella gestione proattiva degli interventi sanitari.

Il passaggio a sistema del modello organizzativo sta avvenendo nell'ambito delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e strutturali (UCCP) dei Medici di Medicina Generale di cui agli Accordi Collettivi nazionali, regionali ed aziendali.

### **3) Riorganizzazione della Medicina Generale**

Nel corso dell'anno 2013 sono state attivate 7 AFT (5 nella Piana di Lucca e 2 nella Valle del Serchio) con la nomina provvisoria dei coordinatori. E' stato siglato l'accordo aziendale con la medicina generale, volto a consolidare i rapporti e sviluppare i progetti di estensione della sanità di iniziativa all'interno delle AFT e per l'individuazione delle strutture adeguate per la realizzazione delle Case della Salute.

### **4) Politiche con gli Erogatori Privati Accreditati**

L'Azienda ha ritenuto strategico nel corso dell'anno agire sui seguenti punti:

- riorganizzare l'offerta di prestazioni, aumentando l'integrazione per il governo dei percorsi sanitari tra pubblico e privato, massimizzando la risposta ai bisogni di salute dei cittadini e garantendo appropriatezza, equità di accesso e presa in carico;
- individuare puntualmente le tipologie di ricovero, le linee di attività e le prestazioni ambulatoriali al fine di governare i tempi di attesa, anche condividendo le liste di attesa.
- programmare le attività a livello di area vasta, partendo da una analisi approfondita dei bisogni dei cittadini, della produzione erogata dal pubblico e dalla mobilità all'interno dell'area vasta, della regione e fuori regione al fine di dare risposte appropriate e di qualità, vicino al proprio domicilio e ridurre i costi sanitari.

### **5) Integrazione nei processi di Area Vasta**

L'obiettivo strategico principale del processo di integrazione tra le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Nord Ovest per quanto riguarda l'assistenza territoriale è stato l'adozione delle misure di razionalizzazione del sistema di emergenza urgenza territoriale, attraverso la rivisitazione del sistema territoriale di emergenza urgenza, la razionalizzazione della rete dei punti di emergenza sanitaria territoriale, l'implementazione delle automediche, l'implementazione della rete delle ambulanze infermieristiche sul territorio, l'avvio del processo di riassetto dei punti di emergenza sanitaria territoriale.

## **3.3 Prevenzione**

### **A) STATO DELL'ARTE**

Le attività del Dipartimento della Prevenzione vengono effettuate attraverso Unità Funzionali ovvero strutture organizzative con competenze multi professionali che assicurano l'operatività del Dipartimento.

Le Unità Funzionali della Prevenzione costituite dall'Azienda sono le seguenti:

U.F. Igiene Pubblica e della Nutrizione;

U.F. Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro;

U.F. Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare;

U.F. Medicina dello Sport;

U.F. Laboratorio di Sanità Pubblica di Area Vasta Nord Ovest.

L'attività si svolge nelle seguenti 3 strutture:

- Centro Sanitario di Capannori dove ha sede la direzione del Dipartimento di Prevenzione. Nello stesso complesso si trova il Laboratorio di sanità pubblica dell'Area Vasta Toscana nord ovest
- .Presidio Susie Clarke nel comune di Bagni di Lucca;
- .Presidio Prevenzione Ponte All'Ania nel comune di Barga.

## **B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

### **1) Prevenzione primaria**

Nell'area della prevenzione primaria, in coordinamento con altre strutture aziendali o soggetti esterni, nel 2013 il Dipartimento della Prevenzione ha programmato e effettuato numerose iniziative rivolte a:.

- favorire stili di vita salutari durante tutto l'arco della vita del cittadino attraverso azioni efficaci e convenienti;
- sviluppare l'empowerment nel cittadino e nella comunità ("acquisizione e controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute")
- costruire ambienti e situazioni che facilitano le scelte di salute, nell'ottica della "Salute in tutte le politiche"
- allargare la comunità dei "cittadini esperti", alleati nel cambiamento, informati ed in grado di informare, coinvolti nelle decisioni. Si è mirato al coinvolgimento dei gruppi a basso reddito e/o basso livello d'istruzione, attraverso una medicina di comunità che deve essere preventiva e personalizzata
- sviluppare la cultura della multidisciplinarietà e intersectorialità della componente socio-sanitaria al fine di aumentare le capacità di integrazione nei processi di pianificazione territoriale e di ridurre le disuguaglianze



## **2) Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro**

Per quanto riguarda la sicurezza e la prevenzione nei luoghi di lavoro l'azione aziendale ha portato avanti queste linee di attività:

- iniziative di formazione e di promozione, realizzate in molti casi in collaborazione con gli altri Enti nell'ambito dell'Organismo Provinciale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro e con la collaborazione degli Organismi Paritetici;
- una campagna di prevenzione su "alcol e lavoro" nelle cave; una campagna di prevenzione dell'abitudine al fumo in una grossa azienda della Piana di Lucca; il progetto "Sicurezza, salute, lavoro e scuola" per l'implementazione della materia della sicurezza sul lavoro nei programmi scolastici;
- incremento, come previsto dal protocollo siglato con la Procura Regionale, dell'attività di indagine per le denunce di malattie professionali.

Sono inoltre continuati i piani mirati per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro iniziati negli anni precedenti (piano sulla movimentazione, piano per la sicurezza nei cantieri edili, piano per la sicurezza nelle cave, piani cartiere, cartotecnica, metalmeccanica, rischio chimico, ecc.) attraverso il rafforzamento del rapporto con gli Enti preposti nell'ambito dell'Organismo Provinciale (con l'organizzazione di specifiche azioni di vigilanza congiunta, specie in edilizia, e con l'ordinario scambio di segnalazioni), con le Organizzazioni sindacali e con incontri collettivi sia con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza che con le aziende ed i medici competenti. Una maggiore integrazione operativa è stata ricercata con gli operatori delle ASL dell'Area Vasta.

## **3) Vaccinazione e Screening**

Le linee di attività intraprese sono state rivolte a:

- sviluppo e mantenimento della copertura vaccinale. In accordo con le direttive regionali il vaccino contro il tumore del collo dell'utero (HPV) è stato proposto attivamente alle ragazze dodicenni;
- coinvolgimento attivo dei MMG e dei PLS per creare un atteggiamento culturale ancora più favorevole a questa importante vaccinazione;
- azioni tese al miglioramento dell'adesione ai tre principali screening: Pap-test, mammografia, ricerca del sangue occulto nelle feci.

## **4) Igiene alimenti, nutrizione e sicurezza alimentare**

Sulla sicurezza degli alimenti e delle acque per il consumo umano, gli obiettivi e le azioni svolte hanno riguardato:

- proseguimento dell'attività di campionamento di sostanze alimentari, additivi e materiali che vengono a contatto con gli alimenti. In particolare è stato necessario aumentare i controlli per la verifica della presenza di micotossine nei cereali, di residui di fitosanitari in frutta e verdura ed inquinanti microbiologici e chimici e il piano di campionamento per OGM. Relativamente all'attività di vigilanza è stato necessario potenziare i controlli ispettivi principalmente verso quelle attività appartenenti alla prima fascia di rischio come le mense collettive, la produzione e la vendita di alimenti.
- aumento dei controlli previsti dalla normativa per mantenere la buona qualità delle acque destinate al consumo umano erogate da tutti i pubblici acquedotti.
- potenziamento del sistema regionale rapido per le allerte alimentari e del sistema di sorveglianza delle malattie a trasmissione oro-fecale con la trasmissione dei dati al punto di riferimento regionale (sistema CeRRTA).

### **5) Integrazioni di Area Vasta: Il Laboratorio di Sanità Pubblica**

Le strategie e le azioni programmate e attivate sono state:

- sviluppare l'offerta analitica (prove accreditate, tempi di risposta, dinamicità dell'offerta), omogeneizzare i sistemi di qualità dei laboratori e sviluppare gli indicatori per il monitoraggio delle performance dei laboratori in collaborazione con il laboratorio MeS;
- sviluppare e migliorare il sistema regionale di trasporto dei campioni;
- sviluppare la rete dei LSP di Area Vasta fino alla realizzazione del laboratorio unico regionale di sanità pubblica, attuando l'art. 67, comma 3bis, della l.r. 40/2005, come modificato dalla LR 81/2012 attraverso anche la formalizzazione della funzione interaziendale di coordinamento, in coerenza con le indicazioni del decreto dirigenziale n. 1687/2011, della DGR 1235/2012 e dell'art. 70 della l.r. 40/2005;
- sviluppare la rete dei laboratori dell'IZSLT al fine di migliorare e razionalizzare l'appropriatezza dell'offerta analitica a supporto delle attività di Prevenzione in Sanità pubblica Veterinaria, attraverso l'esecuzione dell'attività analitica e della sorveglianza epidemiologica, della ricerca, formazione e divulgazione e della gestione del sistema regionale dei trasporti dei campioni;
- supportare i centri di riferimento regionali (CRISA, CERERE e CERRTA) e la produzione primaria per il miglioramento della qualità dei prodotti delle filiere agro-zootecniche locali.

#### 4. L'attività del periodo

##### 4.1. Assistenza ospedaliera

Nel 2013 il numero totale di ricoveri dei residenti nella ASL 2, ricoverati in Regione Toscana, calcolato secondo le direttive regionali (neonati sani e DH farmacologici esclusi) è stato di 27.622 (di cui il 46,23% maschi e il 53,77 % femmine), con un decremento, rispetto all'anno precedente di 296 ricoveri, composto da una diminuzione 500 per i residenti nella Zona Piana di Lucca e un incremento di 204 per residenti in Valle del Serchio.

Per le fasce di età abbiamo questa ripartizione:

	Anno 2013
Popolazione di età 0-14 anni	6,17%
Popolazione di età 15-64 anni	43,34%
Popolazione di età 65 anni e oltre	50,49%

Il grado di copertura del fabbisogno interno (cioè la quota di residenti curati presso le strutture pubbliche dell'ASL 2, calcolato quindi non conteggiando le case di cura accreditate) è sostanzialmente stabile rispetto a quello del 2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Grado di copertura del fabbisogno interno	68,08%	67,16%	67,94%	66,60%	66,78%	67,62%

Nella tabella seguente sono riportati i dati riferiti ai ricoveri per residenti nel periodo 2008-2013.

Andamento Ricoveri - Periodo 2008 – 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale ricoveri in Regione Toscana di residenti ASL2	31.545	31.380	30.668	28.685	27.918	27.622
di cui ricoveri residenti Zona di Lucca	23.005	22.663	21.995	20.478	20.278	19.778
di cui ricoveri residenti Zona VdS	8.540	8.717	8.673	8.207	7.640	7.844
di cui ricoveri residenti nei Presidi ASL 2 (incluso Privato)	22.261	21.877	21.640	19.951	19.460	19.576
di cui ricoveri residenti nelle Case di Cura Lucchesi	786	802	805	845	810	865
Fughe (solo regionali)	9.284	9.503	9.028	8.734	8.458	8.046
% fughe sul totale ricoveri residenti	29,43%	30,28%	29,43%	30,44%	30,29%	29,12%
Attrazioni in presidi pubblici(solo regionali)	2.212	2.256	2.215	2.138	1.879	1.795
% di ospedalizzazione standardizzato*	152,44	148,86	144,54	135,14	131,43	132,14

La lettura dei dati evidenzia una ulteriore riduzione del numero dei ricoveri, all'interno di un quadro abbastanza stabile, legato anche al miglior utilizzo dell'ospedale per acuti con relativo incremento dell'appropriatezza.

I ricoveri nelle Case di Cura accreditate presenti sul territorio dell'ASL 2 registrano un lieve aumento, sempre all'interno di un quadro praticamente stabile da anni.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato, comprensivo anche dei ricoveri extra regione, rilevato dal Laboratorio MeS per l'anno 2013 è pari a 132,14 ricoveri per 1.000 abitanti. Esso si colloca al di sotto della media regionale. I tassi di ricovero delle patologie croniche scompenso cardiaco, diabete e Bpco sono fra le best practice regionali

La tabella successiva rappresenta il riepilogo dei dimessi dalle nostre strutture classificati per residenza e per presidio di erogazione negli anni 2012-2013

residenze	2012			2012 Totale	2013			2013 Totale
	LUCCA	PRIVATO ASL2	VDS		LUCCA	PRIVATO ASL2	VDS	
Italia	374	2.296	114	<b>2.784</b>	340	2.384	82	<b>2.806</b>
Lucca	14.116	770	731	<b>15.617</b>	13.822	759	655	<b>15.236</b>
Stranieri	52	8	20	<b>80</b>	61	17	11	<b>89</b>
Toscana	1.782	1.430	402	<b>3.614</b>	1.568	1.358	426	<b>3.352</b>
Vds	1.535	105	4.872	<b>6.512</b>	1.658	133	4.884	<b>6.675</b>
nc	1	8		<b>9</b>	5	8	2	<b>15</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>17.860</b>	<b>4.617</b>	<b>6.139</b>	<b>28.616</b>	<b>17.454</b>	<b>4.659</b>	<b>6.060</b>	<b>28.173</b>

Anche in questo caso si registra una sostanziale stabilità dei dati fra il 2012 e il 2013.

Di seguito si fornisce un'illustrazione degli andamenti 2013 dei principali indicatori dell'assistenza ospedaliera confrontati con gli obiettivi aziendali o medie regionali. L'insieme di indicatori presentati è imperniato sul Sistema di Valutazione dell'Aziende Sanitarie della Toscana elaborato dal Laboratorio Management e Sanità (Università S.Anna – Regione Toscana) che è il punto di riferimento della programmazione di budget delle aziende del SSR. Il sistema definisce per ogni indicatore obiettivi puntuali di azienda e li valuta con una scala di 5 differenti giudizi: molto scarso, scarso, sufficiente, buono, ottimo (identificati con dei colori: rosso, arancio, giallo, verde e verdone).

	2012		2013		valutazione
	Anno	Media Regione	Anno	Media Regione	
C4a.1 % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	13,49%	11,68%	10,59%	11,67%	ottima
C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	90,72%	65,14%	91,09%	66,65%	ottima
C4.12 - DRG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % Day-Surgery	70,94%	77,94%	79,69%	76,67%	sufficiente
C5.2 - % fratture femore operate entro 2 gg	67,06%	70,57%	86,31%	73,17%	ottima
C5.3 - Percentuale prostatectomia transuretrale	92,66%	65,82%	91,12%	68,12%	ottima
C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti	95,59%	91,43%	92,75%	80,33%	ottima
C14.2 - % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	4,77%	28,96%	2,09%	7,17%	ottima
C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi	10,09%	17,13%	7,95%	16,06%	ottima
C16.4 - % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	97,60%	92,53%	96,32%	93,32%	ottima
C7.1 - % di parti cesarei depurato (NTSV)	21,32%	19,97%	22,36%	18,55%	sufficiente
C2a Indice di performance degenza media	-0,02 giornate di degenza	-0,19 giornate di degenza	-0,29 giornate di degenza	-0,35 giornate di degenza	sufficiente

L'azienda consegue un ottimo risultato nella valutazione dell'appropriatezza chirurgica, in cui si avvicina alle best practice regionali per quanto riguarda la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici, la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in ricovero 0-1 giorno e la percentuale delle prostatectomie transuretrali, con l'effetto di un uso appropriato dei setting assistenziali e delle modalità di erogazione delle prestazioni.

Le fratture di femore operate entro 48h dall'ingresso, crescono notevolmente rispetto all'anno precedente e raggiungono l'obiettivo che era stato fissato

Per quanto riguarda invece la percentuale di standard raggiunti in alcuni DRG chirurgici per i quali si auspica l'erogazione in day surgery, seppure la valutazione è sufficiente, l'azienda ancora non risulta allineata con le performance migliori delle altre aziende toscane.

Buono è il risultato dell'appropriatezza medica. Sia il numero di ricoveri medici brevi, spesso evitabili, che di DH con finalità diagnostica, a cui dovrebbero essere preferite indagini ambulatoriali, è esiguo. Come si evidenzierà nella sezione dedicata all'attività territoriale, sono raggiunti pienamente gli obiettivi relativi alla % di standard di tassi di ospedalizzazione massimi per una serie di ricoveri di tipo medico per i quali non è appropriata la cura in ospedale.

Buono è anche il tempo di attraversamento del Pronto Soccorso per pazienti inviati al ricovero, a significare l'esistenza di validi PDTA condivisi con i reparti di degenza (seppure criticità si rilevano in relazione ai tempi di attesa post triage).

Non ancora entro i limiti auspicati dalla Regione è il tasso di cesarei depurato, seppure il risultato venga giudicato come sufficiente.

Le medesime considerazioni valgono anche per l'indice di performance della degenza media, in miglioramento rispetto ai risultati degli anni precedenti.

#### **4.2. Assistenza territoriale**

L'azione gestionale dell'Azienda in ambito territoriale si è concentrata su queste linee di attività:

- garanzia della presa in carico appropriata e tempestiva dei pazienti dimessi dagli ospedali, sempre più focalizzati sul trattamento dei casi acuti, attraverso il potenziamento delle strutture di cure intermedie;
- riduzione, per quando possibile, dell'uso dell'ospedale e delle strutture sanitarie territoriali, dando risposte efficaci multi professionali direttamente al domicilio dell'assistito;
- promozione dell'uso appropriato delle risorse, prime fra tutte, farmaci e prestazioni specialistiche, con il coinvolgimento dei MMG e i PLS nella programmazione aziendale.

Di seguito si fornisce un'illustrazione degli andamenti 2013 dei principali indicatori dell'assistenza territoriale confrontandoli con gli obiettivi aziendali o medie regionali. Anche in questo caso, l'insieme di indicatori presentati è imperniato sul Sistema di Valutazione dell'Aziende Sanitarie della Toscana elaborato dal Laboratorio Management e Sanità.

	2012		2013		valutazione
	Anno	Media Regione	Anno	Media Regione	
C1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 residenti	131,43	132,834	132,14	134,574	buona
C11a.1.1 Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	71,82	170,564	64,88	147,829	ottima
C11a.2.1 Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)	5,03	17,813	15,11	17,23	ottima
C11a.3.1 Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	25,86	40,432	26,8	35,455	ottima
C8a.12 Tasso di dimissioni con segnalazione di attivazione di ADI per 100.000 abitanti	275,49	159,55	387,08	183,055	N.V.
C8b.2 Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti			0,42	0,579	ottima
F10 - Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	199,7	193,86	201,46	193,878	molto scarsa
C13.1 Tasso prestazioni ambulatoriali std per 1.000 residenti	3.051,61	3.048,81	3.072,70	3.108,741	N.V.
C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	838,47	718,75	727,49	715,916	N.V.
B22.1 N. corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti =>65 anni	1,45	1,35	1,67	1,84	sufficiente
B22.2 N. corsi AFA ad alta disabilità per 1.000 residenti =>65 anni	3,14	1,5	3,06	2,979	ottima

La capacità di governo della domanda è un'attività tipicamente svolta dal territorio, al fine di offrire ai cittadini una risposta adeguata al bisogno sanitario ed erogata nelle forme più appropriate. L'ospedale in questo modello dovrebbe rappresentare soltanto il luogo di riferimento per problemi acuti.

I risultati ottenuti dalla ASL di Lucca confermano l'ottima attitudine dell'Azienda rispetto al ricovero in ospedale, che storicamente registra tassi di ospedalizzazione inferiori alla media regionale.

Ciò si riscontra sia in termini generali che relativamente ad alcune patologie croniche, per le quali le cure ospedaliere sono a forte rischio di inappropriatezza.

Fondamentale affinché si possano conseguire simili risultati è che ci sia uno stretto legame tra ospedale e territorio in termini di continuità delle cure e che quindi i pazienti siano seguiti anche dopo la dimissione, presso il proprio domicilio o presso le strutture territoriali.

A conferma della bontà del rapporto tra i due livelli di cura, si registra un tasso di dimissioni dall'ospedale con segnalazione di attivazione di ADI pari a 387,08 per 100.000 abitanti, pari a circa il doppio della media regionale.

Ciò si ripercuote anche su altri indicatori, come per esempio il tasso di ospedalizzazione per ricoveri oltre 30 giorni, valutato come ottimo, che evidenzia l'opera del territorio affinché in ospedale il ricovero non sia prolungato per ragioni di natura sociale.



La spesa farmaceutica pro-capite presso le farmacie convenzionate, rimane una criticità per la ASL 2 e, con un valore pari a 201,46€ ad assistito, in aumento dello 0,88% rispetto all'anno precedente, risulta la più alta registrata in Toscana.

Ancora in relazione alla prescrizione, l'Azienda si caratterizza per alti tassi, sia di prestazioni ambulatoriali che di prestazioni di diagnostica per immagini, che, seppure in calo rispetto all'anno 2012, rimangono ancora molto lontani rispetto agli obiettivi fissati dalla Regione Toscana.

Nell'ambito della sanità di iniziativa, l'Azienda si distingue positivamente in relazione all'attivazione dei programmi di attività fisica adattata (AFA) per l'alta disabilità mentre è solo sufficiente per la bassa. Si tratta di azioni promosse dalla Regione Toscana (DGRT 459/2009) come strategia per il controllo delle malattie croniche e gli indicatori misurano la diffusione sul territorio regionale dei programmi di attività fisica per persone con "bassa disabilità", (sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi) e "alta disabilità" (sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata).

#### **4.3. Prevenzione**

L'azione gestionale dell'Azienda in ambito del Dipartimento di Prevenzione si è concentrato nell'attività di prevenzione e vigilanza a tutela:

- della salute pubblica;
- della sicurezza alimentare e dell'attività nutrizionale;
- della salute dei lavoratori, delle persone, degli animali e negli ambienti di vita.

Di seguito si fornisce un'illustrazione degli andamenti 2013 dei principali indicatori dell'attività di prevenzione confrontandoli con gli obiettivi aziendali o medie regionali. Anche in questo caso il set di indicatori presentati è imperniato sul Sistema di Valutazione dell'Aziende Sanitarie della Toscana elaborato dal Laboratorio Management e Sanità.

	2012		2013		valutazione
	Anno	Media Regione	Anno	Media Regione	
B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,71	3,95	3,51	3,30	buona
B7 Copertura vaccinale	2,42	2,69	2,28	2,742	sufficiente
F 16.a Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione	4,24	3,78	4,67	3,221	ottima
F15.a Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	2,62	3,5	4,46	3,369	ottima

La ASL 2 si è fortemente impegnata nella messa a regime dei programmi di screening oncologico individuati dal PSR (mammografico, colon rettale, cervice uterina). Globalmente consegue un risultato considerato come buono, derivante dal giudizio del grado di estensione delle campagne e di adesione dei cittadini invitati. In particolare, l'estensione è ottima per tutte le campagne, mentre l'adesione risulta buona per lo screening della cervice uterina, sufficiente per lo screening mammografico e pessima per lo screening colon - rettale.

Se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso per ogni utente del servizio, fattori difficilmente controllabili e influiscono sui livelli di partecipazione dei cittadini.

Stesso discorso vale per le campagne vaccinali (MPR, antinfluenzale, papilloma virus), in cui il risultato dell'azienda risente di una scarsa e sempre più accentuata propensione della cittadinanza a non vaccinarsi.

Nel settore della sicurezza alimentare e della nutrizione, gli obiettivi riguardano sia la verifica delle attività di prevenzione nutrizionale volte a favorire corretti stili di vita e ad assicurare la sicurezza degli alimenti, che l'efficienza delle strutture deputate al controllo. La performance della ASL di Lucca è considerata ottima rispetto agli obiettivi assegnati e tra le migliori nel panorama regionale.

L'attività di prevenzione dei luoghi di lavoro (cantieri edili ed aziende agricole), è verificata sia in termini di efficacia dell'azione, che di uso efficiente delle risorse impiegate. Il risultato complessivo è ottimo soprattutto come dinamica rispetto al 2012. Il dato 2013 segnala l'Azienda come best practice regionale.

In azienda opera inoltre un Laboratorio di Sanità Pubblica dell'Area Vasta Nord Ovest (LSPAVNO), a supporto ed integrazione delle attività di prevenzione collettiva dei

Dipartimenti di Prevenzione, dei Presidi Ospedalieri e dei Servizi di Prevenzione e Protezione delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Nord Ovest. Il Laboratorio può erogare inoltre prestazioni anche per soggetti privati ed altri Enti pubblici.

Nel 2005 le attività biotossicologiche hanno conseguito la conformità alla norma europea UNI CEI EN ISO/IEC 17025, per cui il laboratorio è iscritto nell'elenco dei laboratori di prova accreditati. Nel corso del 2012 è iniziato il processo di estensione dell'accreditamento del Sistema Qualità a tutto il Laboratorio.

Alla fine del 2012 sono state emanate importanti novità normative, tra cui la modifica della L.R. 40 che disciplina il Servizio Sanitario della Toscana (L.R. 81) e la DGRT 1235, sulla riorganizzazione dei servizi sanitari.

Nella tabella seguente si riporta un confronto tra l'attività 2013 e quella 2012, da cui emerge chiaramente, a fronte di una sostanziale equivalenza dell'attività svolta.

<b>Confronto prestazioni analitiche 2012/2013</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Campioni Biotossicologia Acque</b>	<b>7468</b>	<b>7306</b>
<b>Parametri Biotossicologia Acque</b>	<b>32087</b>	<b>29994</b>
<b>Campioni Biotossicologia Alimenti</b>	<b>2895</b>	<b>2332</b>
<b>Parametri Biotossicologia Alimenti</b>	<b>11762</b>	<b>8344</b>
<b>Campioni Chimica delle Acque</b>	<b>4836</b>	<b>4996</b>
<b>Parametri Chimica delle Acque</b>	<b>151698</b>	<b>151717</b>
<b>Parametri agenti fisici, polveri fibre</b>	<b>1049</b>	<b>826</b>
<b>Campioni Agenti biologici</b>	<b>2734</b>	<b>2447</b>
<b>Parametri Agenti Biologici</b>	<b>9221</b>	<b>9321</b>

## **5. La gestione economico-finanziaria dell'Azienda**

### *Premessa*

Il contesto economico-finanziario in cui operano le aziende sanitarie continua ad essere caratterizzato da situazioni di forte criticità che risentono in particolare della crisi in atto sia a livello nazionale che internazionale.

La situazione contingente impone alle aziende sanitarie da un lato un piano di contenimento dei costi gestionali e dall'altro il mantenimento dei livelli di assistenza sanitaria previsti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'emanazione delle misure nazionali (D.L. 95/2012, Legge di stabilità 2013) e regionali (legge regionale finanziaria per il 2013) sulla Spending Review ha indotto l'Azienda USL 2 di Lucca, già dagli esercizi precedenti, ad una rivisitazione dei contratti per acquisti di beni e di servizi oltre ad una razionalizzazione dell'organizzazione aziendale. tutto ciò ha permesso il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Il bilancio di esercizio al 31 dicembre 2013 è stato predisposto in base ai principi applicabili in condizioni di continuità aziendale in ossequio ai principi e direttive emanate sia a livello nazionale (D.Lgs 118/2011) e relativa casistica nazionale che ai principi contabili regionali, nazionali e delle norme del codice civile.

Le risorse assegnate all'Azienda USL 2 di Lucca sono state destinate al perseguimento degli obiettivi aziendali programmati nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e nazionale.

L'Azienda USL 2 di Lucca sottopone il proprio bilancio di esercizio a partire dal 2009, alla revisione contabile al fine dell'ottenimento della certificazione in ottemperanza ai principi sanciti nella deliberazione G.R.T. n. 1343 del 20.12.2004 e alle direttive regionali.

Inoltre, la necessità di garantire nel settore sanitario la certificazione della qualità dei dati contabili è stata ribadita dal decreto 17/09/2012 del Ministro della Salute dove all'art. 2 prevede che gli enti del servizio sanitario nazionale devono garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

### **5.1. Sintesi del bilancio, relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari, confronto tra CE preventivo e consuntivo e relazione sugli scostamenti.**

#### **Sintesi del bilancio, relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari**

Il bilancio d'esercizio 2013, composto dallo Stato Patrimoniale, dal Conto Economico, dal Rendiconto Finanziario e dalla Nota Integrativa, evidenzia un risultato di esercizio pari 12.579 € che sostanzialmente denota un pareggio di bilancio. Il risultato di esercizio viene accantonato a riserva ai sensi del comma 4 dell'art. 122 della della legge regionale della Toscana n. 40/2005

Il bilancio d'esercizio 2013 è stato redatto in conformità sia alle disposizioni impartite dalla Regione Toscana, sia in base alla normativa nazionale specifica per le aziende sanitarie che alla normativa civilistica utilizzando gli schemi di cui al D.Lgs 118/2011 e s.m.i.

Il bilancio d'esercizio 2013, sostanzialmente in pareggio, è conforme agli obiettivi economici impartiti dalla Regione Toscana. La corrispondenza agli obiettivi economici regionale è stata garantita sulla base dei monitoraggi trimestrali tra azienda e Regione Toscana di cui all'art. 121 bis "Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali", della già citata legge regionale 40/2005 che stabilisce: "Per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121, commi 5, 6 e 7".

#### Aspetti finanziari

**Sotto l'aspetto finanziario è da segnalare un carenza di liquidità che nel corso del tempo è stata altalenante. La mancanza di risorse finanziarie si è manifestata nel corso del 2011 e si è protratta anche per l'anno 2013.**

**Quanto sopra ha trovato origine dalle seguenti cause:**

- **mancato trasferimento per un ammontare di 5.931.719,88 € del saldo del Fondo sanitario indistinto riferito agli anni 2012 e precedenti da parte della Regione;**
- **disallineamento temporale tra l'assegnazione e l'effettiva erogazione del "Fondo di rotazione" di cui alla Deliberazione G.R.T. n. 186 del 28.03.2011 in attesa di alienare i beni immobili per un importo complessivo di 41.645.375,98 € di cui non ancora erogati 12.646.238 €;**
- **disallineamento tra assegnazione dei finanziamenti per investimento ed effettiva erogazione di cui alle seguenti Deliberazioni:**
  - **648/2008 ancora da erogare 293.061,94 €;**
  - **781/2008 ancora da erogare 802.000 €;**
  - **802/2008 ancora da erogare 3.121.093,81 €;**

Nel corso del 2013 sono stati erogati dalla Regione Toscana euro 5.511.000 a seguito del D.L. 35/2013 sullo smobilizzo dei debiti delle pubbliche amministrazioni, (D.D. n. 3103 del 01/08/2013 per euro 3.545.000 e D.D. n. 4663 del 5/11/2013 per euro 1.966.000) da considerarsi come ripiano perdite esercizi precedenti. Queste erogazioni hanno permesso di pagare i debiti certi, liquidi ed esigibili maturati alla data del 31.12.2012. Inoltre il ricorso all'anticipazione di cassa fino all'importo massimo consentito, ha permesso di far fronte ad una situazione delicata rivolta a garantire i pagamenti più urgenti.

### **Gli Scostamenti**

Il risultato dell'esercizio 2013, sostanzialmente in pareggio, può essere esaminato tenendo conto di quanto stabilito al punto n. 6 dell'art. 122, LR 40/05 e s.m.i., analizzando gli scostamenti sia rispetto al bilancio di previsione 2013, sia rispetto ai dati dell'esercizio precedente.

Tuttavia occorre sottolineare, fin da ora, che l'analisi degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione 2013, è poco rappresentativo in quanto le stime in esso contenute risentono delle modifiche in sede di monitoraggio periodico dei CE (art. 121 bis della legge regionale 40/2005) e successive erogazioni dei trasferimenti regionali che sono avvenute nel corso dell'esercizio.

In particolare, per quanto riguarda l'assegnazione del Fondo ordinario di gestione, con deliberazione G.R.T. n. 1266 del 28/12/2012, veniva assegnato un fondo per l'anno 2013 pari ad euro 343.719.886 €, successivamente, con deliberazione G.R.T. n. 966 del 3.11.2014, all'Azienda USL 2 di Lucca è stata riconosciuta una ulteriore attribuzione di risorse per l'annualità 2013 pari a 19.721.642 €, riguardante le seguenti somme:

- Rimborsi gestione diretta del rischio per 1.687.265 €
- Convenzioni Uniche nazionali per 218.798 €;
- Medicina penitenziaria 285.535 €;
- Ulteriori risorse vincolate 5.327.278 €
- Legge 210/92 extrafondo 199.444
- Pay Back ospedaliera 2.607.098 €
- Pay Back altro 2.115.277 €
- Ulteriori risorse Fondo indistinto 7.280.9461 €.

Si rileva, infine, che gli eventi occorsi in data successiva alla data di riferimento del bilancio non hanno richiesto rettifiche o annoazioni integrative al bilancio d'esercizio in quanto non hanno inciso significativamente sull'attuale situazione patrimoniale, finanziaria e sul risultato economico dell'esercizio dell'Azienda.

Di seguito, sinteticamente, si riportano dei prospetti per i ricavi ed i costi, contenenti gli scostamenti principali.

## **Ricavi**

### *Analisi dei maggiori aggregate*

<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>					
<b>VOCI DI RICAVO</b>	<b>BILANCIO DI PREVISIONE 2013</b>	<b>BILANCIO D'ESERCIZIO 2013</b>	<b>VARIAZIONE TRA BILANCIO DI PREVISIONE E BILANCIO D'ESERCIZIO 2013</b>	<b>BILANCIO D'ESERCIZIO 2012</b>	<b>VARIAZIONE TRA BILANCIO D'ESERCIZIO 2012 E BILANCIO D'ESERCIZIO 2013</b>
CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	347.354.848	371.070.508	23.715.660	376.112.708	-5.042.200
UTILIZZO QUOTE DI CONTRIBUTI ANNI PRECEDENTI		3.738.345	3.738.345	4.772.807	-1.034.462
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANIATRIE	34.078.208	30.861.715	-3.216.493	32.253.664	-1.391.949
CONCORSI RECUPERI E RIMBORSI	6.990.897	11.086.862	4.095.965	7.638.178	3.448.684
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	9.700.000	9.434.724	-265.276	9.067.890	366.834
COSTI CAPITALIZZATI	5.000.000	8.061.774	3.061.774	8.094.326	-32.552
ALTRI RICAVI E PROVENTI	684.548	577.515	-107.033	637.844	-60.329
<b>TOTALE</b>	<b>403.808.501</b>	<b>434.831.442</b>	<b>31.022.942</b>	<b>438.577.415</b>	<b>-3.745.973</b>

La principale causa nella differenza tra il **Valore della Produzione** iscritto in bilancio di previsione (403.808.501 €) e quello risultante dal bilancio di esercizio 2013 (434.831.443 €) è da ascrivere al già citato incremento dei contributi in conto esercizio, di cui alla deliberazione G.R.T. n. 966 del 3.11.2014 ed agli atti di assegnazione regionale intervenuti nel corso dell'esercizio per i contributi vincolati e finalizzati.

La voce **Utilizzo quote di contributi anni precedenti**, è stata introdotta dal Art. 29 Comma E del Decreto Legislativo 118/2011 che sancisce: "Le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito Fondo spese per essere rese disponibili negli

esercizi successivi di effettivo utilizzo". La difficoltà nella stima in sede di bilancio di previsione ha indotto l'azienda a non inserire tale voce tra i ricavi e conseguentemente neanche nella voce accantonamenti tra i costi. Pertanto la variazione tra il dato previsionale e quello consuntivo non è rappresentativa. La variazione negativa di circa 1 milione di euro, tra dato consunto 2012 e 2013, è da attribuire ad un minor utilizzo dei fondi spese accantonati nell'anno 2012 e precedenti relativi a progetti vincolati e finalizzati.

Le voci che compongono l'aggregato ***Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie***, subiscono una diminuzione di oltre 3,2 milioni € rispetto al dato previsionale, in massima parte dovuta a componenti reddituali di difficile valutazione in sede di previsione, ed una riduzione di circa 1,4 milioni di € rispetto ai dati consuntivi 2012. Tale ultima riduzione è da ricondurre in parte ad una contrazione dei ricavi per prestazioni in libera professione intramoenia (0,3 milioni di €) ed in parte imputabile ad una contrazione in generale delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie pari ad 1,1 milioni di €.

I ***concorsi recuperi e rimborsi*** registrano un incremento consistente rispetto al dato previsionale dovuto in particolare al rimborso del Pay Back sulla farmaceutica pari a 4.722.375 €.

I ***ricavi per Ticket*** evidenziano uno scostamento negativo rispetto al dato previsionale per difficoltà di stima (circa 0,265 milioni di €), e un lieve incremento di oltre 0,366 milioni di € rispetto al bilancio d'esercizio 2012. Questo, seppure lieve incremento, è da ricondursi ad una attenta politica di recupero dei ticket. Il dato indicato in bilancio è comprensivo del ticket incassato dalle strutture private accreditate per conto dell'Azienda e dalle farmacie convenzionate (€ 2.295.713).

I ***costi capitalizzati*** registrano un incremento di circa 3 milioni di € tra dato previsionale e quello consuntivo, da attribuire ad una difficoltà di stima iniziale dell'aggregato, mentre rimangono sostanzialmente invariati (riduzione di circa 32.000 €) rispetto al dato consuntivo 2012.



## Costi della produzione

Analisi dei maggiori aggregati di costo.

<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>					
<b>VOCI DI COSTO</b>	<b>BILANCIO DI PREVISIONE 2013</b>	<b>BILANCIO D'ESERCIZIO 2013</b>	<b>VARIAZIONE TRA BILANCIO DI PREVISIONE E BILANCIO D'ESERCIZIO 2013</b>	<b>BILANCIO D'ESERCIZIO 2012</b>	<b>VARIAZIONE TRA BILANCIO D'ESERCIZIO 2012 E BILANCIO D'ESERCIZIO 2013</b>
ACQUISTI DI BENI	57.246.530	61.565.324	4.318.794	60.739.255	826.069
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	161.700.877	170.742.919	9.042.042	177.838.747	-7.095.828
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	23.645.188	25.557.117	1.911.929	26.091.391	-534.274
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	5.785.070	6.294.085	509.015	6.372.948	-78.863
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	2.702.400	2.790.648	88.248	3.493.125	-702.477
COSTO DEL PERSONALE	127.049.690	131.983.140	4.933.450	131.929.684	53.456
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	1.840.000	3.431.257	1.591.257	2.398.710	1.032.547
AMMORTAMENTI	14.040.806	13.126.980	-913.826	13.381.533	-254.553
SVALUTAZIONE DELLE IMM. E DEI CREDITI	100.000	105.293	5.293	236.000	-130.707

VARIAZIONE DELLE RIMANENZE		727.523	727.523	-89.997	817.520
ACCANTONAMENTI	150.000	8.013.645	7.863.645	6.537.475	1.476.170
TOTALE	394.260.561	424.337.930	30.077.369	428.928.872	-4.590.942

Per analizzare lo scostamento complessivo dei **Costi della Produzione**, è utile esaminare la dinamica delle singole voci che lo compongono.

Gli **Acquisti di beni**, riportano un aumento di circa 4,3 milioni di € rispetto al bilancio di previsione sia per difficoltà di stima, sia per la ristrettezza delle risorse assegnate in sede di bilancio di previsione. Il dato consuntivo registra un incremento rispetto al 2012 (circa 800 mila €).

Tra gli acquisti di beni, il dato relativo alla distribuzione diretta dei farmaci si attesta sui 23.610.586 €, comprensivi della distribuzione tramite le farmacie convenzionate (c.d. DPC), a fronte di una previsione pari a 20.729.000 €, con un incremento rispetto al dato consuntivo 2012 di circa 3,4 milioni di €. Poiché la distribuzione diretta ha un effetto sostitutivo rispetto ai farmaci ritirati dai pazienti presso le farmacie convenzionate, solitamente si assiste ad un effetto benefico sul costo corrispondente. In effetti, nel conto di spesa della farmaceutica convenzionata, tra gli acquisti di servizi sanitari, si registra un calo pari ad circa 700 mila euro, dovuto, oltre alla causa appena descritta, anche a maggiore appropriatezza prescrittiva e a minori costi dei farmaci, in seguito a scadenze di brevetti.

**Per quanto riguarda gli acquisti di servizi sanitari, rispetto al dato previsionale, si registra un aumento di circa 9 milioni di euro che risente sia delle difficoltà di stima, che dell'assenza al momento della formazione del bilancio di previsione, di risorse finalizzate all'acquisto di servizi, che la Regione eroga in corso d'esercizio.**

**Analizzando il confronto tra dati consuntivi, si registra una diminuzione pari a oltre 7 milioni di €. Tale differenziale è molto composito in quanto, infatti si registra una riduzione di circa 700 mila euro nella mobilità passiva infraregionale, una riduzione di circa 200 mila euro per quella extraregionale. La riduzione è di oltre 1,3 milioni di euro per acquisti di servizi sanitari connessi alla medicina di base (tale riduzione è da imputare per oltre 900 mila € ad una riallocazione dell'importo relativo al C.I.A. dei MMG/PLS ed EX UCP che nell'esercizio 2012 era allocato all'interno della voce "Acquisti di servizi sanitari" mentre per il 2013 è allocato all'interno della voce "Altri accantonamenti"), una riduzione di oltre 670 mila euro circa per la farmaceutica in convenzione, una riduzione di oltre 880 mila euro relativo agli acquisti di servizi per attività libero professionale intramoenia (di cui oltre 290 mila € dovuto ad uno spostamento rispetto al 2012 nella voce "Altri accantonamenti"), riduzione delle consulenze, collaborazioni,**

interinale per oltre 350 mila euro, una riduzione di oltre 2,9 milioni per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riabilitativa, integrativa, ospedaliera, termale ed altre prestazioni sanitarie e socanitarie a rilevanza sanitaria.

La riduzione dell'aggregato, "acquisti di servizi sanitari", al netto della riallocazione in altre voci di bilancio, è da ricondursi ad un'attenta politica aziendale nella riduzione dei costi, derivate anche dal trascinarsi degli effetti della Spending Review applicata già a partire dall'esercizio 2012, ma i cui effetti si sono ripercossi principalmente nel corso dell'esercizio 2013.

Per i servizi non sanitari, l'incremento (1,9 milioni di €) rispetto al dato previsionale anche per questo aggregato è da ricondurre sia alle difficoltà di stima sia alla ristrettezza di risorse in sede di assegnazione iniziale della Regione. La riduzione dei dati consuntivi dell'esercizio 2013 rispetto al 2012 (oltre 0,6 milioni di €) è dovuto anch'esso agli effetti della Spending Review applicata già a partire dall'esercizio 2012, ma i cui effetti si sono ripercossi principalmente nel corso dell'esercizio 2013.

Si evidenziano gli scostamenti relativi alle **Manutenzioni e riparazioni** in incremento tra dato previsionale e dato consuntivo di circa 0,5 milioni di euro, per le quali si fa riferimento alle stesse considerazioni fatte nei vari aggregati, mentre non si registrano sostanziali modificazioni tra dati consuntivi 2012-2013.

Gli **Oneri diversi di gestione** registrano un incremento tra dato consuntivo e dato previsionale di circa 1,5 milioni di € dovuti a difficoltà di stima iniziale, mentre evidenziano un incremento di oltre 1 milione di € tra dato consuntivo 2012 e consuntivo 2013. Tale incremento è dovuto quasi esclusivamente ad una riclassificazione della voce "Gestione diretta del rischio" che complessivamente ammonta ad euro 1.687.161. Tale voce nell'esercizio precedente era ricompresa in parte (511.807 €) all'interno dell'aggregato "Oneri diversi di gestione" e in parte (302.031€) nell'aggregato "Acquisti di servizi non sanitari".

Nella voce **Accantonamenti**, come già detto per la voce Utilizzo quote di contributi anni precedenti, del Valore della Produzione, la comparazione tra dato previsionale e dato consuntivo è poco rappresentativa in quanto risente delle difficoltà di stima della parte relativa agli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati. Tale voce è stata introdotta dall'art. 29 punto e) del Decreto Legislativo 118/2011 che sancisce: "le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso

dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito Fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo".

Il confronto tra dati consuntivi 2012-2013 evidenzia un incremento di circa 1,4 milioni di euro in parte dovuta ad una riclassificazione delle voci relative all'accantonamento per contratti dei MMG/PLS/MCA e al fondo perequativo relativo alla libera professione intramoenia. Tali voci nell'esercizio precedente erano ricomprese nel costo dei servizi sanitari "Acquisti di servizi sanitari".

**I costi del personale variano da 127.049.690 € nel bilancio di previsione a 131.983.140 € in quello d'esercizio (differenza di circa 4,9 milioni di €). Tale confronto è poco significativo e risente soprattutto della ristrettezza delle risorse assegnate dalla regione in sede di previsione.**

**Tale stima risente anche della politica di riorganizzazione da tempo in atto nell'Azienda.**

**Sulla scorta di ciò l'Azienda ha nell'anno appena trascorso, portato avanti con ancora maggior vigore un piano di rivisitazione globale delle risorse umane funzionale al quadro Aziendale che si basa sui seguenti punti centrali:**

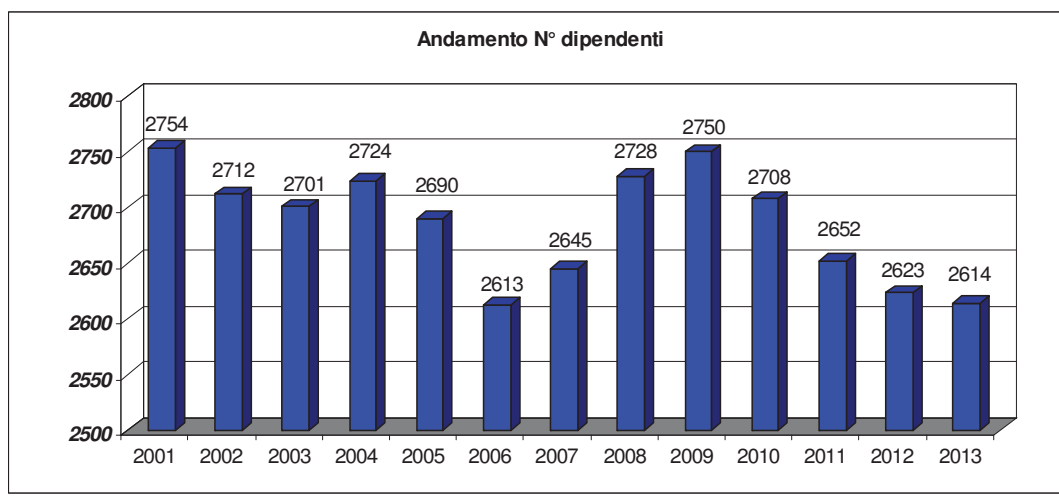
- **razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi;**
- **necessità di garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza;**
- **limite numerico.**

**Il confronto tra dati consuntivi non presenta sostanziali differenze evidenziando un incremento di soli circa 53.000 €.**

**L'andamento dei valori numerici, analizzato con maggiore dettaglio, è quello riportato nella tabella seguente.**

	Organico al 31.12.12	Cessati	Assunti	Passaggio di qualifica	Organico al 31.12.13	Variazione totale
Ruolo sanitario	1.922	42	28		1.908	-14
Ruolo professionale	7	1	0		6	-1
Ruolo tecnico	411	12	20		419	8
Ruolo amministrativo	248	5	1		244	-4
Totale ruoli	2.588	60	49		2.577	-11
Personale a tempo determinato	35	15	17		37	2
Totale personale	2.623	75	66		2.614	-9

**Il saldo negativo fra entrate ed uscite è quindi in gran parte frutto dell'attenta opera di razionalizzazione e delle politiche aziendali.**



**L'analisi dell'andamento della numerosità del personale dipendente rileva un trend in flessione fino al 2006. Successivamente si assiste ad una fase espansiva connessa:**

- **processi di internalizzazione di cui alla LR 42/06;**
- **politiche intese a ridurre il ricorso al precariato;**
- **azioni di rafforzamento di alcune aree aziendali, dettate da politiche regionali (Pronto Soccorso, percorso chirurgico, Oncologia, ecc.).**

**A partire dall'anno 2010 si rileva una nuova fase di riduzione, inizialmente correlata al trasferimento di alcune funzioni tecnico-amministrative e del relativo personale ad ESTAV e successivamente dovuta a politiche aziendali di razionalizzazione dei servizi.**

**Il costo del personale l'Azienda USL 2 di Lucca rientra ampiamente nei limiti previsti dal comma 71 dell'art. 2 della legge 191 del 23/12/2009, che prevede un costo non superiore al valore dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi contrattuali.**

## **5.2. Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e analisi degli scostamenti**

**Nella tabella che segue è mostrata, con riferimento agli anni 2012 e 2013, la ripartizione delle risorse tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, ospedale e territorio).**

	2012	2013	2012	2013	Obiettivi PSR
19999) Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	19.557	19.325	4,50%	4,52%	5%
29999) Totale assistenza distrettuale	232.411	228.989	53,48%	53,54%	53%
39999) Totale assistenza ospedaliera	182.575	179.408	42,02%	41,94%	42%
<b>Totale</b>	434.543	427.722	100,00%	100,00%	

**Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 determina una proporzione nell'utilizzo delle risorse nel modo che segue:**  
**macrolivello della prevenzione 5%;**  
**macrolivello assistenza sanitaria territoriale 53%;**  
**macrolivello assistenza ospedaliera 42%.**

**L'Azienda USL 2 rispetta sostanzialmente queste proporzioni. La quota destinata ad attività di prevenzione è leggermente più bassa rispetto a quanto indicato della Regione ma comunque in incremento. Questo aumento è derivante da un travaso di risorse dal macrolivello ospedaliero, che perde una piccola parte della propria quota anche a favore del territorio. Ciò anche come conseguenza di nuovi modelli organizzativi in base ai quali l'ospedale dovrebbe essere soltanto il luogo di cura della fase acuta della patologia, poi assistita con altre modalità.**  
**Si allega alla presente relazione anche il modello di rilevazione LA, di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e s.m.i..**

# Livelli di Assistenza

## Consuntivo 2013 Azienda USL 2 Lucca

Consumi e manutenzione di esercizio sanitari TS001	Consumi e manutenzione di esercizio non sanitari TS002	Costi per acquisti di servizi - prestazioni sanitarie TS003	Costi per acquisti di servizi - prestazioni sanitarie TS004	Costi per acquisti di servizi - prestazioni sanitarie TS005	Personale e del ruolo sanitario TS006	Personale e del ruolo professionale TS007	Personale e del ruolo tecnico TS008	Personale amministrativo TS009	Personale Totale TS00P	Ammortamenti TS010	Sopravvenienze e/insistenze TS011	Altri costi TS012	TOTAL E TS013	Fatturazione attiva e infraregional TS014	Fatturazione passiva e infraregional TS015	Fatturazione attiva e extraregional TS016	Fatturazione passiva e extraregional TS017	Costi sostenuti per terzi TS022
137	14	0	0	162	2002	0	40	0	2042	105	11	257	2728	0	0	0	0	0
0	3	0	0	51	843	0	0	0	843	18	4	121	1040	0	0	0	0	0
44	34	12	0	596	3027	712	40	0	3779	268	19	505	5257	0	0	0	0	0
13	22	23	0	172	2789	0	237	0	3026	98	15	109	3478	0	0	0	0	0
1698	6	386	0	59	359	0	42	0	401	3	10	68	2631	0	0	0	0	0
0	9	6	0	327	802	0	0	2815	3617	9	12	220	4200	0	0	0	0	0
1892	88	427	0	1367	9822	712	359	2815	13708	501	71	1280	19334	0	0	0	0	0
29	3	2093	962	76	132	0	32	99	263	48	15	23	3512	0	0	0	0	0
0	0	20215	0	0	0	0	0	0	0	0	92	0	20307	0	0	0	0	0
0	0	15513	0	0	0	0	0	0	0	0	71	0	15584	0	0	0	0	0
0	0	4702	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	4723	0	0	0	0	0
89	23	98	0	243	3962	0	0	0	3962	114	20	379	4928	0	0	0	0	0