

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

D05

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile: Raffaele Domenici

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

NOTA: l'andamento delle Performance dipende anche dal grado di aggiornamento degli obiettivi; in altri termini, se un obiettivo non è ancora monitorato, in questo report si considera non valutato, confidando però nel suo pieno raggiungimento, oppure viene fatta una stima a fine anno con criteri esplicitati nelle note delle schede di dettaglio. Il risultato consuntivo potrà essere comunque valutato a pieno solo quando avremo tutti gli obiettivi verificati e dopo la chiusura dell'anno di riferimento, entro il 30/06 dell'anno successivo.

Performance in termini di:

RAGGIUNGIMENTO e MIGLIORAMENTO *Per la valutazione della performance la scala di valutazione adottata è quella proporzionale con valore minimo alla % di scostamento del target rispetto al consuntivo.*

In altri termini, con il pieno rispetto del budget si ottiene 100, con un rispetto parziale si ottiene un punteggio tra 0 e 100 confrontando la STRADA FATTA (differenza tra Consuntivo anno budget e Consuntivo anno precedente) e la STRADA DA FARE (differenza tra Budget e Consuntivo anno precedente).

Un peggioramento rispetto al Consuntivo dell'anno precedente comporta una valutazione pari a 0.

Nel calcolo si tiene conto anche del posizionamento nella scala di valutazione del bersaglio MeS, ovvero con fascia superiore o uguale a 2 (giallo, verde o verdone) si ottiene il punteggio corrispondente alla fascia (in %) anche in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo o di peggioramento.

** La valutazione complessiva tiene conto di tutti gli indicatori, non solo di quelli già verificati. L'azienda, quindi, in assenza di evidenze di monitoraggio e/o di verifica, stima il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati con i CdR, salvo verifica finale e/o eventuale controdeduzione o rinegoziazione dell'obiettivo*

** = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".*

D05

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile:

Macrostruttura

D05 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,5

4,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.7	> a crescere	67,13	90,00	2,5	12	78,40	-12	-13%	49%		1,2	M
		Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		0,9 - DM70										
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	99,74	100,00	0,8	12	107,39	7	7%	100%	vr 5	0,8	M
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		1 - mes		dato interno al 2018-08-31 media delle zone - livello Ausl NO								
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
		B5.2.2	> %.			0,0	12				100%	vr 5	0,0	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina		0,6 - mes		dato interno al 2018-08-31 media delle zone - livello Ausl NO								
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.		80,00	0,8		61,66	-18	-23%	77%		0,6	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		0,8 - mes										
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,8	12	99,46	1	1%	100%		0,8	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)		0,985 - mes		dato estratto da Infoview regionale								
		B8.4.11	> N.	97,36	95,00	0,8								
		Qualità del flusso informativo SDO		0,95 - mes										
		B8.4.13	> N.		90,00	0,8								
		Qualità del flusso informativo SPA		0,9 - mes										
		B8.4.14	> N.		1,00	0,8	12	0,67	0	-33%	67%		0,6	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza del percorso in caso di interventi in elezione e completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO		tolto - mes		calcolato come media del grado di raggiungimento di ATNO dei due obiettivi B8.4.14a e B8.4.14b, compreso bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3								
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						24,2	16,1							
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6	< -	25,87	30,00	0,9	12	31,50	2	5%	20%	2	0,2	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 %

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.6 Tasso std di prestazioni di Genetica a rischio di inappropriata per 1.000 residenti (AOU)	< 38,29 - mes	57,17 38,29	38,29	0,0									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< azzeramento - azienda	2,28	0,00	0,8	12	1,11	1	#Error e	91%	4	*	0,8	M
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	< mantenimento - azienda	964,00	964,00	0,8	12	935,00	-29	-3%	100%		*	0,8	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< mantenimento - azienda	-0,36	-0,36	1,7	12	-0,22	0	-39%	20%	2	*	0,3	
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	< mantenimento - azienda	-0,37	-0,37	1,7	12	-0,28	0	-24%	20%	2	*	0,3	
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %. 93,06 - mes	89,87	93,06	0,8	12	85,73	-7	-8%	30%	3	*	0,2	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3 - mes	2,61	3,00	0,8							*		cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. 8 - azienda	5,99	8,00	0,8	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	0,8	M cio cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. >=80 - mes	88,20	80,00	0,4	12	80,00	0	0%	100%		*	0,4	cio cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. >=75 - mes	99,20	75,00	0,4	12	98,00	23	31%	100%	5	*	0,4	cio cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> % >=3 - mes	2,66	3,00	0,4	12	11,20	8	273%	100%	5	*	0,4	M cio cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 - mes	83,00	100,00	0,4	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,4	M cio cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017

2016 2017 2017 %

C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. 159,8 - mes	204,53	159,80	1,7	12	201,34	42	26%	37%	3*	0,6	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO														
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %. 16,83 - mes	18,49	16,83	3,3	12	16,37	0	-3%	100%	3*	3,3	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso CAP														
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %. 63,33 - mes	55,35	63,33	0,8	12	66,85	4	6%	100%	3*	0,8	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SPC														
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< % 5,3 - mes	7,41	5,30	2,5	12	6,49	1	22%	64%	2*	1,6	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso CAP														
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N. 8 - mes	8,83	8,00	1,7	12	8,43	0	5%	48%		0,8	M
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - mes	3,00		4,2	12	2,69	0	-10%	90%		3,7	
valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,8		
			Percentuale di risposta all'indagine di clima	0,55 - mes			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale									
Valutazione interna			E1b	>	1,00	0,0	12						*			
			Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)				annullato, si veda email SDGrande del 10/10									
VALUTAZIONE INTERNA (E)			E2	< %.	13,99	11,04	1,7	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
			Percentuale di assenza	6,77 - mes			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016									
			E3	< %.	796,00	795,00	0,8	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,8	M
			Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI										15,0					4,5
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	3.124.665,20	3.124.665,20	15,0	12	3.324.219,85	199.555	6%	30%	3*	4,5	cio	
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		mantenimento - az									cts	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	> %.	1,00	0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA	-											
		OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)												

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

26,2

3 - Obiettivi REGIONALI

19,7

14,6

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del	-										cts
		responsabile aziendale											

'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	>		0,7	12				92%	vr	0,7	
		Maternità'											

si applicano le soglie di volume di attività' di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - DM70

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->50%; ; per p.to nascita di barga, piombino e elba c'è deroga

considerati raggiunti al 75% livorno e pontedera e annullati cecina e piombino

PNE1.10	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark	PNE1.10.2	<	0,41	0,46	1,5	12	0,31	0	-33%	100%		1,5	M
		Migliorare Esito	-				prose 2017							


prose 2017

<u>PNE1.11</u>	<u>Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. S. Francesco-Barga - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (cesarei)</u>	PNE1.11.2	<	1,36	0,54	1,5	12	1,74	1	222%	0%	*	0,0
		Migliorare Esito	-				prose 2017						

prose 2017

PNE1.14	<u>Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. Versilia-Camaione - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (cesarei)</u>	PNE1.14.2	<	1,84	0,54	1,5	12	0,52	0	-4%	100%	*	1,5	M
		Migliorare Esito	-				prose 2017							

prose 2017

PNE1.15	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. Versilia-Camaione - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (naturali)	PNE1.15.2	<	0,46	0,46	1,5	12	0,12	0	-74%	100%		1,5	M
		Migliorare Esito	-				prose 2017							

prose 2017

<u>PNE1.7</u>	<u>Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. di Livorno-Livorno - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (naturali)</u>	PNE1.7.2	<	1,05	0,46	1,5	12	0,16	0	-65%	100%	*	1,5	M
		Migliorare Esito	-				prose 2017							

prose 2017

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	> -	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6	
													organizzazione deliberata
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	> -	1,00	1,5	11					*		
													non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> 0,9 - RT	90,00	1,5	12	100,00	10	11%	100%	*	1,5	
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> % 1 - AZ	1,00	1,5	12	0,53	0	-47%	53%	*	0,8	
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	> 0,1 - AZ	14.971,24	16.468,36	12	17.410,00	942	6%	100%	*	1,5	M
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	> -	1,00	1,5	11					*		
													non pervenuti ancora i risultati regionali
4 - Ob Az:					2,2							1,5	
AZ_1PN	Percorso nascita	AZ_1PN_2 Accreditamento del punto nascita della Fondazione Monasterio	> -	1,00	0,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
													Percorso non completato nel 2017
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	> -	1,00	0,0	12					*		
													personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1 HPV/strato sottile	> -	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	
													PROGETTUALITA DIP
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	> -	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	
													Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	> 1 - AZ	1,00	0,0	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,0	
													Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

4 - Ob Az: GINECOLOGIA 11,7 8,7

AZ07.54 **Rete chirurgica ginecologica** i-AZ07.54 > 1,00 10,9 12 0,00 -1 -100% 75% vr 8,2

Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostica; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica

entro giu-2017 - Azienda

Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR **STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa** RT_3STR_3TAT_8b > 1,00 0,7 12 0,75 0 -25% 75% 0,5

Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale

Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche

4 - Ob Az: PEDIATRIA 1,5 1,5

P33006 **Rete specialistica pediatrica** i-AZ07.53 > 1,00 1,5 12 1,00 0 0% 100% 1,5

Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016

. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 12,3

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 12,3

2017_Q1 **valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale** 2017_Q1.1 > N. 1,00 3,1 12 1,00 0 0% 100% 3,1

attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2 **supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza** 2017_Q2.1 > N. 1,00 3,1 12 1,00 0 0% 100% 3,1

attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q3 **autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)** 2017_Q3.1 > N. 1,00 3,1 12 1,00 0 0% 100% 3,1

attestazione della UOC Qualita'

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az **Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)** Q02 > N. 1,00 2,7 3 3

COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)

verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12

- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

cio
cts

Q04 > % 1,00 3,1 12 1,00 0 0% 100% 3,1

COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)

il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesi Mese Consuntivo 2017 Scost. Scost. % Valutazione 2017

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	-											cts

monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D05	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Totale pesi		100,0	

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

D05B

AREA OSTETRICA E GINECOLOGIA

Responsabile: Antonio Ragusa

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMI037

UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA MASSA CARRARA

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

5,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	>	%.	62,54	90,00	2,9	12	80,40	-10	-11%	65%		1,9	M	
					Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza		Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:									
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	>	%.	103,97	100,00	1,0	12	131,00	31	31%	100%	vr	5	1,0	M
					Estensione corretta dello screening della cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Ospedale delle Apuane							
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
		B5.2.2	>	%.			0,0	12				100%	vr	5	0,0	
					Adesione corretta dello screening cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Ospedale delle Apuane							
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.		80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,7		
					Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest							
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%		1,0	M	
					Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale							
		B8.4.11	>	N.	97,36		1,0									
					Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:									
		B8.4.13	>	N.		90,00	1,0									
					Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:									
		B8.4.14a	>		0,37	0,80	0,5	12	0,49	0	-39%	58%	3	0,3	M	
					Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)							
		B8.4.14b	>	N.	0,93	0,95	0,5	12	0,95	0	0%	100%		0,5	M	
					Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:									

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,3

16,6

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	22,26	30,00	1,0	12	35,13	5	17%	20%	2*	0,2		
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	1,52	1,92	1,0	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	1,0	M	
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	3,00	3,00	1,0	12	1,00	-2	-67%	100%	vr	1,0	M	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia; nr casi irrilevante															
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<			1,9	12				33%	vr	2*	0,6	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
ridotti i ricoveri chir < 2gg dal 18,1 al 17,6															
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,48	-0,48	1,9	12	-0,36	0	-25%	20%	2*	0,4		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	79,95	93,06	1,0	12	82,78	-10	-11%	52%	3*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0						*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M cio cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

C7	Materno Infantile	C7.1	< %.	18,11	16,83	3,9	12	14,41	-2	-14%	100%	4 *	3,9	M	cio
			% parti cesarei depurati (NTSV)			Fonte obt: mes - val obt: 16,83 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane						
		C7.18	> %.	60,40	63,33	1,0	12	66,85	4	6%	100%	3 *	1,0	M	cio
			% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum			Fonte obt: mes - val obt: 63,33 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPC						
		C7.6	< %	7,54	5,30	2,9	12	7,06	2	33%	41%	2 *	1,2	M	
			Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)			Fonte obt: mes - val obt: 5,3 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane						
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	4,9	12	2,45	-1	-18%	82%	*	4,0		
			Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:			valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,0			
			Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale								
Valutazione interna		E1b	>		1,00	0,0	12						*				
			Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)			annullato, si veda email SDGrande del 10/10											
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	cio
			Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016							cts	
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata														
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,0	M	cio
			Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS							cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							15,0		
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	463.384,33	463.384,33	15,0	12	390.304,88	-73.079	-16%	100%	3 *	15,0	M	cio
			Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									
		Euro01a	> %.			0,0	12					*			cio
			Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta						

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

						35,0							19,0		
--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	------	--	--

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3 - Obiettivi REGIONALI													13,1	3,6
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	Maternità'	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017 >=1000; raggiunto; non raggiunto)]								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,4	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,4	12	37,72	-52	-58%	42%	*	1,0	
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	2,4	12	0,06	-1	-94%	6%	*	0,2	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	102,44	112,68	2,4	12	3,00	-110	-97%	0%	*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	0,9	11					*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:						2,4							0,8	
AZ_1PN	Percorso nascita	AZ_1PN_2	Accreditamento del punto nascita della Fondazione Monasterio	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Percorso non completato nel 2017								
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA								

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1.2	12	0.64	0	-36%	64%	*	0.8
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:			Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0.83; LU=0.50; PI=0.62; LI=0.83; VI=0.32)									

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

AZ07.54	Rete chirurgica ginecologica	i-AZ07.54	>	1,00	18,3	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	*	13,7
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostiche; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:		Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi								

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_8b	>	1,00	1.2	12	0.75	0	-25%	75%	*	0.9
		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	1,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)										cts

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	*	0,0
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

101_1FMI
037

**UOC OSTETRICIA E
GINECOLOGIA MASSA
CARRARA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

102_423103

UOC OSTETRICA E GINECOLOGIA LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,0

2,5	
-----	--

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7 Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza	> %.	74,31	90,00	3,0	12	73,45	-17	-18%	0%		*	0,0	
Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.			0,0	12				100%	vr	5	*	0,0
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:															
dato interno al 2018-08-31 - livello Presidio Ospedaliero San Luca															
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.			0,0	12				100%	vr	5	*	0,0
Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:															
dato interno al 2018-08-31 - livello Presidio Ospedaliero San Luca															
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,8	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%		*	1,0	M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,0							*		
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,0							*		
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>	0,35	0,80	0,5	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,3	M
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:															
Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	1,08	0,95	0,5	12	1,12	0	18%	100%		*	0,5	M
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:															

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,0

16,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	32,56	30,00	1,0	12	32,85	3	9%	20%	2*	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	4,08	1,92	1,0	12	1,20	-1	-38%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	7,00	7,00	1,0	12	5,00	-2	-29%	100%		1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,15	-0,15	2,0	12	-0,07	0	-52%	20%	2*	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,04	-0,04	2,0	12	0,27	0	-773%	20%	2*	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	81,03	93,06	1,0	12	91,88	-1	-1%	100%	4*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	2,61	3,00	1,0								
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.Scost.**
2016 **2017** 2017 % **Valutazione 2017**

C7	Materno Infantile	C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	<	%.			4,0	12				55%	vr	3	*	2,2	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 16,83 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca													
				Dopo la riorganizzazione dei due punti nascita di Lucca e Barga con procedure ben precise c'è stato un aumento della patologia su Lucca e relativo aumento di TC (conferma direttore Area). Bonus +25%															
		C7.18	% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	>	%.	37,74	63,33	1,0	12	66,85	4	6%	100%		3	*	1,0	M	cio
				Fonte obt: mes - val obt: 63,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPC													
		C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<	%	5,14	5,30	3,0	12	4,17	-1	-21%	100%		3	*	3,0	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 5,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca													
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	5,0	12	2,08	-1	-31%	69%			*	3,5		
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	1,0		
			Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale										
Valutazione interna		E1b	>		1,00	0,0	12							*			
			Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)		annullato, si veda email SDGrande del 10/10												
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	
			Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									cio	
					dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata											cts	
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,0	M	
			Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									cio	
																cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0									4,5	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	315.954,18	315.954,18	15,0	12	344.767,81	28.814	9%	30%		3	*	4,5	cio
			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12							*		cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3 - Obiettivi REGIONALI

14,5

7,2

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1		
		Maternità'		Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017 >=1000; raggiunto; non raggiunto)]; per p.to nascita di barga c'è deroga								
PNE1.10	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. Piana di Lucca-Lucca - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (naturali)	PNE1.10.2	<	0,41	0,46	2,3	12	0,31	0	-33%	100%	*	2,3	M
		Migliorare Esito		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		prose 2017								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,3	11					*			
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,3	12	100,00	10	11%	100%	*	2,3		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	2,3	12	0,17	-1	-83%	17%	*	0,4		
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	>	40,78	44,85	2,3	12	32,00	-13	-29%	0%	*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	0,8	11					*			
		Consumo farmaci antifettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								

4 - Ob Az:

2,3

1,9

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

AZ_3PER	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*	
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA

AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1
		HPV/strato sottile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

PROGETTUALITA DIP

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	1,1	12	0,64	0	-36%	64%		*	0,7
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										

Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

AZ07.54	Rete chirurgica ginecologica	i-AZ07.54	>	1,00	17,1	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	*	12,8
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostica; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:										

Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3STAT_8b	>	1,00	1,1	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,9
A_3STAT		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	2,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										

verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

inviati verbali

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42310
3

**UOC OSTETRICIA E
GINECOLOGIA LUCCA**

Totale pesi 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

102_423104 SEZ OSTETRICIA E GINECOLOGIA VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,5

4,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	>	52,81	90,00	2,8	12	57,21	-33	-36%	12%	*	0,3	M		
		Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza		Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:												
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	>	%.		0,0	12				100%	vr	5*	0,0	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello S. Francesco Barga (LU)								cts		
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.2.2	>	%.	59,39	60,00	1,9	12	61,24	1	2%	100%	vr	5*	1,9	M
		Adesione corretta dello screening cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello S. Francesco Barga (LU)										
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.		80,00	0,9	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,7	cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest								cts		
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,9	12	99,46	1	1%	100%	*	0,9	M	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale								cio		
		B8.4.11	>	N.	97,36		0,9						*		cts	
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13	>	N.		90,00	0,9						*		cio	
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cts		
		B8.4.14a	>		0,35	0,80	0,5	12	0,46	0	-43%	55%	3*	0,3	M	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)										
		B8.4.14b	>	N.	1,08	0,95	0,5	12	1,12	0	18%	100%	*	0,5	M	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3								cio		

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,6

17,1

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	20,00	30,00	0,9	12	39,00	9	30%	0%	1*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	0,9	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,9	
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	25,00	25,00	0,9	12	37,00	12	48%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<			1,9	12				33%	vr	2*	0,6
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: ridotti i ricoveri chir < 2gg dal 17,9 al 17,2											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			1,9	12				33%	vr	2*	0,6
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: ridotti i ricoveri med < 2gg dal 15,1 al 11,9											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	73,79	93,06	0,9	12	100,14	7	8%	100%	5*	0,9
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	0,9					*		
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	1,9	1,9
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	15,0
--------------------------------	-------------	-------------

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	139.476,72	139.476,72	15.0	12	138.839,16	-638	0%	100%	3*	15.0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
<hr/>															
		Euro01a	> %.			0.0	12					*			cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3 - Obiettivi REGIONALI

13,8

4,4

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	>	1,00	0,0	12					*		
		Maternità'		Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività' di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:		C'è la deroga							
PNE1.11	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. S. Francesco-Barga - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (cesarei)	PNE1.11.2	<	1,36	0,54	12	1,74	1	222%	0%	*	0,0	
		Migliorare Esito		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		prose 2017							
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,4	11					*		
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,4	12	16,56	-73	-82%	18%	*	0,4	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									
		RT1.1	> %	1,00	2,4	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,5	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2	>	0,00	0,00	12	6,00	6	#Error	100%	*	2,4	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	0,9	11					*		
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							

4 - Ob Az:

2,4

1,9

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

AZ_3PER	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*	
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA

AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		HPV/strato sottile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

PROGETTUALITA DIP

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	1,2	12	0,64	0	-36%	64%		*	0,8
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										

Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

AZ07.54	Rete chirurgica ginecologica	i-AZ07.54	>	1,00	17,7	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	*	13,2
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostica; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:										

Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3STAT_8b	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,9
A_3STAT		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	2,7	12	1,00	-2	-67%	63%	3	1,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										

verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi

p1 P2

Valutazione

p1 P2

102_42310

4

**SEZ OSTETRICA E
GINECOLOGIA VDS**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

105_BD103140

UOC OSTETRICIA/GINECOLOGIA PONTEDERA E VOLTERRA

2

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

4,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza	>	%.	79,96	90,00	2,9	12	83,38	-7	-7%	34%	*	1,0	M	
				Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	107,69	100,00	1,0	12	121,30	21	21%	100%	vr	5*	1,0	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
				dato interno al 2018-08-31 - livello F.Lotti Pontedera (PI)													
		B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.			0,0	12				100%	vr	5*	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:													
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
				dato interno al 2018-08-31 - livello F.Lotti Pontedera (PI)													
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,7		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
				dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%	*	1,0	M	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
				dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36		1,0						*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	1,0						*			
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	0,5	12	0,67	0	-16%	30%	3*	0,1		
				Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:													
				Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	0,5	12	0,96	0	1%	100%	*	0,5		
				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,3

19,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017

2016 2017 2017 % 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	23,83	30,00	1,0	12	22,43	-8	-25%	100%	5*	1,0	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,0	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	1,0		
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	93,00	93,00	1,0	12	28,00	-65	-70%	100%		1,0	M	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,25	-0,25	1,9	12	-0,19	0	-23%	20%	2*	0,4		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			1,9	12				33% vr	2*	0,6		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
			ridotti i ricoveri med < 2gg dal 3,8 al 3,6												
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	86,52	93,06	1,0	12	56,53	-37	-39%	0%	1*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0							cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M cio cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 % 2017

C7	Materno Infantile	C7.1	< %.	13,52	16,83	3,9	12	9,91	-7	-41%	100%	5*	3,9	M	cio
% parti cesarei depurati (NTSV)			Fonte obt: mes - val obt: 16,83 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
<hr/>															
		C7.18	> %.	61,43	63,33	1,0	12	66,85	4	6%	100%	3*	1,0	M	cio
% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum			Fonte obt: mes - val obt: 63,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SPC										
<hr/>															
		C7.6	< %	3,13	5,30	2,9	12	3,22	-2	-39%	100%	4*	2,9		
Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)			Fonte obt: mes - val obt: 5,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
<hr/>															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	4,9	12	2,69	0	-10%	90%		4,4		
Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0				
Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale											
Valutazione interna		E1b	>		1,00	0,0	12						*				
Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)			annullato, si veda email SDGrande del 10/10														
VALUTAZIONE INTERNA (E)		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	cio
Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016										cts	
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata														
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,0	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS										cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	155.605,68	155.605,68	15,0	12	164.555,55	8.950	6%	100%	vr	3*	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		scostamento relativamente significativo									cts
		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,75 vs MPond strutt: 1,37)													
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3 - Obiettivi REGIONALI				13,1	8,5									
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: 'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.										
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	Maternità'	>		1,2	12				75%	vr	0,9	
				Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica: NON RAGGIUNTO [se(valore 2017 >=1000; raggiunto; non raggiunto)]										
				passato da 926 a 816. Sono diminuiti i parti delle residenti vde di 91 casi ovunque in toscana										
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,4	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_3STRA_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,4	12	100,00	10	11%	100%	*	2,4	
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	2,4	12	0,60	0	-40%	60%	*	1,5	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	157,63	173,40	2,4	653,00	480	277%	100%	*	2,4	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	0,9	11					*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:				2,4	2,0									
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULA										
AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	HPV/strato sottile	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,2	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,8
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:			Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)									

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

19,5

14,6

AZ07.54	Rete chirurgica ginecologica	i-AZ07.54	>	1,00	18,3	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	*	13,7
Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostiche; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica			Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:		Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi								

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_8b Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche										

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,1

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,1

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)										

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)										

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)										

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,8	cio
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget											cts

Q04	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)						

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	*	0,0
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

105_BD10
31402

**UOC
OSTETRICA/GINECOLOGIA
PONTEDERA E VOLTERRA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

105 BD103140

SEZ. GINECOLOGIA AVC (105)

1 - Obiettivi MeS

35.0

25.6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,9

4,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	>	%.	86,26	90,00	3,6	12	73,25	-17	-19%	0%	*	0,0		
			Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	>	%.	99,64	100,00	1,2	12	116,30	16	16%	100%	vr	5	1,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
			dato interno al 2018-08-31 - livello S. Maria Maddalena Volterra (PI)													
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
		B5.2.2	>	%.			0,0	12				100%	vr	5	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:													
			dato interno al 2018-08-31 - livello S. Maria Maddalena Volterra (PI)													
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.		80,00	1,2	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,9		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
			dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,2	12	99,46	1	1%	100%	*	1,2	M	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
			dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.11	>	N.	97,36		1,2						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13	>	N.		90,00	1,2						*			
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
		B8.4.14a	>		0,69	0,80	0,6	12	0,67	0	-16%	30%	3	*	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:													
			Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	>	N.	0,96	0,95	0,6	12	0,96	0	1%	100%	*	0,6		
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,7

19,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	25,87	30,00	1,2	12	31,50	2	5%	20%	2*	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,2	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	1,2	
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	1,00	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	100%		1,2	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,03	-0,03	0,0	12					2*		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,35	-1,35	0,0	12					2*		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	95,92	93,06	1,2	12	100,00	7	7%	100%	5*	1,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	2,61	3,00	1,2								cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,2	M cio cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		0,6	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,6	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	2,4	2,4
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI		15,0	15,0
--------------------------------	--	-------------	-------------

2 - Obiettivi ECONOMICI

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 35,0 25,0

martedì 12 marzo 2019

3 - Obiettivi REGIONALI					12,3	7,8									
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> sì/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3		
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.										
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	>	1,00	0,0	12						*			
Maternità'			Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:		non c'è il punto nascita										
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,5	11						*			
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,5	12	100,00	10	11%	100%		*	2,5		
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:		stesso valore UOC OSTETRICIA/GINECOLOGIA PONTEDERA E VOLTERRA										
		RT1.1	> %	1,00	2,5	12	0,60	0	-40%	60%		*	1,5		
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		stesso dato VDE										
		RT1.2	>	157,63	173,40	2,5	653,00	480	277%	100%		*	2,5	M	
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:		stesso dato VDE										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	0,9	11						*			
Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:					2,5	2,1									
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*			
Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA										
AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3		
HPV/strato sottile			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,3	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,8
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: GINECOLOGIA 20,2 15,1

<u>AZ07.54</u>	<u>Rete chirurgica ginecologica</u>	i-AZ07.54	>	1,00	18,9	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	<input type="checkbox"/>	14,2
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostiche; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:		Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi								

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_8b	>	1,00	1,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,1

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,1

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,8
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)							cts

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	*	0,0
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
31404

SEZ. GINECOLOGIA AVC (105)

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HC05OE

SEZ OSTETRICIA E GINECOLOGIA CECINA

G

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

6,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza	>	%.	99,82	90,00	2,9	12	100,00	10	11%	100%		*	2,9	M	
				Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:														
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	97,20	100,00	1,0	12	105,10	5	5%	100%	vr	5	*	1,0	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Civile Cecina (LI)												
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.			0,0	12				100%	vr	5	*	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Civile Cecina (LI)												
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,7		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%		*	1,0	M	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36		1,0							*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	1,0							*			
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>			0,80	0,5	12	0,61	0	-24%	100%		3	*	0,5	
				Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.		0,95	0,5	12	0,97	0	2%	100%		*	0,5		
				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaeweb da luglio 2017; denominatore dimezzato												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,3

18,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	20,25	30,00	1,0	12	14,82	-15	-51%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	2,94	1,92	1,0	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	1,0	12	0,00	0	#Error e	100%		1,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,60	-0,60	1,9	12	-0,66	0	10%	100%	2*	1,9	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			1,9	12				33% vr	2*	0,6	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	72,73	93,06	1,0	12	92,46	-1	-1%	100%	4*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: ridotti i ricoveri med < 2gg dal 3 al 2,2 dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	1,9	1,9
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	4,5
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	128.011,45	128.011,45	15,0	12	150.242,41	22.231	17%	30%	3	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta						

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3 - Obiettivi REGIONALI				12,3								6,0	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	1,3	cio cts
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: 'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	Maternità'	>		0,0	12						
				Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica: 590 parti									
				passato da 612 a 591. Considerato che sono attivi il punti nascita Piombino ed Elba, la soglia di 1.000 è irraggiungibile									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,5	11						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STR_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,5	12	100,00	10	11%	100%	2,5	
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	2,5	12	0,88	0	-13%	87%	2,2	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	244,66	269,12	2,5	12	200,00	-69	-26%	0%	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	0,9	11						
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
4 - Ob Az:				2,5								2,1	
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULA									
AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	HPV/strato sottile	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	1,3	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	1,3	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,8
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: GINECOLOGIA 20,2 15,1

AZ07.54	Rete chirurgica ginecologica	i-AZ07.54	>	1,00	18,9	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	14,2
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostica; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:		Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi							

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_8b	>	1,00	1,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

<u>2017_Q2</u>	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,7	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts	
		Q04	>	%	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts	

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

106_HC05
OEG

**SEZ OSTETRICIA E
GINECOLOGIA CECINA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HE05OE
G

UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA ELBA - PIOMB

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,9

8,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza	>	%.	99,47	90,00	3,6	12	99,91	10	11%	100%	*	3,6	M	
				Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	101,90	100,00	1,2	12	102,60	3	3%	100%	vr	5 *	1,2	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Civile Elbano Portoferraio (LI)											
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
		B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.			0,0	12				100%	vr	5 *	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Civile Elbano Portoferraio (LI)											
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	1,2	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,9		cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										cts	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	1,2	12	99,46	1	1%	100%	*	1,2	M	cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										cts	
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36		1,2						*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	1,2						*			cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts	
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>			0,80	0,6	12	0,61	0	-24%	100%		3 *	0,6	
				Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.		0,95	0,6	12	0,97	0	2%	100%	*	0,6		cio
				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,7

15,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	23,50	30,00	1,2	12	31,50	2	5%	20%	2 *	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	2,33	1,92	1,2	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	1,2	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	1,2	12	1,00	1	#Error e	0%	*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia; nr casi irrilevante									
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,03	0,03	2,4	12	-0,12	0	-505%	100%	2 *	2,4	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			2,4	12				33% vr	2 *	0,8	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ridotti i ricoveri med < 2gg dal 6,7 al 6									
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	86,74	93,06	1,2	12	95,72	3	3%	100%	5 *	1,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2						*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,2	M cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,6	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,6	M cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,6	M cts
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	101.626,95	101.626,95	15,0	12	97.693,45	-3.934	-4%	100%	vr	3	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts
<p>bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,75 vs MPond strutt: 1,07)</p>																
		Euro01a	> %.			0,0	12									cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
<p>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</p>																

Pagina 52 di 122

3 - Obiettivi REGIONALI				12,3											4,5	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3		cio cts
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
				'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.												
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	Maternità'	>		0,0	12						*			
				Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:												
				NON RAGGIUNTO [se(valore 2017 >=1000; raggiunto; non raggiunto)]; per p.to nascita di piombino e elba c'è deroga												
				passato da 281 a 309. Considerato che sono attivi il punti nascita Cecina ed Elba, la soglia di 1.000 è irraggiungibile												
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,5	11						*			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
				non pervenuti ancora i risultati regionali												
		RT_3STR_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,5	12	58,33	-32	-35%	65%		*	1,6		
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	2,5	12	0,64	0	-36%	64%		*	1,6		
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
		RT1.2	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	995,03	1.094,54	2,5	12	932,00	-163	-15%	0%		*	0,0	
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	0,9	11						*			
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:												
				non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:				2,5											2,1	
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						*			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
				personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA												
AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	HPV/strato sottile	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
				PROGETTUALITA DIP												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	1,3	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,8	
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)

4 - Ob Az: GINECOLOGIA 20,2 15,1

<u>AZ07.54</u>	<u>Rete chirurgica ginecologica</u>	i-AZ07.54	>	1,00	18,9	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	*	14,2
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostiche; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:	Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi									

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_8b	>	1,00	1,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	
		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,1

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,1

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	

<u>2017_Q2</u>	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione della UOC Qualita'			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12									cts		
		Q04	>	%	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts		
													il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)		
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									cts		
													monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO		

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

106_HE05
OEG

**UOC OSTETRICIA E
GINECOLOGIA ELBA - PIOMB**

Totale pesi

Pesi
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HL05OE

U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA LIVORNO (106)

G

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,0

5,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7 Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza	>	92,22	90,00	3,0	12	93,31	3	4%	100%		*	3,0	M	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.		0,0	12				100%	vr	5	*	0,0	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
			dato interno al 2018-08-31 - livello Riuniti Livorno													
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.		0,0	12				100%	vr	5	*	0,0	cts
			Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:													
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,8	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
			dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	1,0	12	99,46	1	1%	100%		*	1,0	M	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
			dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	1,0							*		cio	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	1,0							*		cts	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	0,5	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,5	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:													
			Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,95	0,5	12	0,97	0	2%	100%		*	0,5	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													
			Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaeweb da luglio 2017; denominatore dimezzato													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,0

17,1

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	22,73	30,00	1,0	12	27,38	-3	-9%	100%	4 *	1,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	3,30	1,92	1,0	12	1,20	-1	-38%	100%	3 *	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	1,0	12	1,00	1	#Error e	0%		0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
			ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia; nr casi irrilevante											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,64	-0,64	2,0	12	-0,64	0	0%	20%	2 *	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			2,0	12				33%	vr 2 *	0,7	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
			ridotti i ricoveri med < 2gg dal 7,1 al 5,9											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	86,17	93,06	1,0	12	85,72	-7	-8%	40%	4 *	0,4	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,0	M cio
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,5	M cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,5	M cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pes	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	----------------	-------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI **35,0** **22,6**

Pagina 58 di 122

3 - Obiettivi REGIONALI														14,5	7,1			
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1						
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7	>		1,1	12				75%	vr	*	0,9					
		Maternità'	Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:		NON RAGGIUNTO [se(valore 2017 >=1000; raggiunto; non raggiunto)]													
														passato da 952 a 958. Sono diminuiti i parti delle residenti livornesi di 17 casi ovunque in toscana				
PNE1.7	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. di Livorno-Livorno - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (naturali)	PNE1.7.2	<	1,05	0,46	2,3	12	0,16	0	-65%	100%	*	2,3	M				
		Migliorare Esito	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		prose 2017													
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,3	11					*							
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali													
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,3	12	5,56	-84	-94%	6%	*	0,1						
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:															
		RT1.1	>	%	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1					
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Tolta citernesesi andata via nel primo semestre 2017													
		RT1.2	>	212,00	233,20	2,3	12	226,00	-7	-3%	66%	*	1,5	M				
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:		Tolta citernesesi andata via nel primo semestre 2017													
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	0,8	11					*							
		Consumo farmaci antifettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali													
4 - Ob Az:					2,3	1,9												

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

AZ_3PER	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*	
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA

AZ_Scre	Estendere la metodologia screening Service uterina	AZ_Scre_1	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1
		HPV/strato sottile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

PROGETTUALITA DIP

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	1,1	12	0,64	0	-36%	64%		*	0,7
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										

Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32

4 - Ob Az: GINECOLOGIA					18,2								13,7
-------------------------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

AZ07.54	Rete chirurgica ginecologica	i-AZ07.54	>	1,00	17,1	12	0,00	-1	-100%	75%	vr	*	12,8
		Attivazione e messa a regime di: trattamento del pavimento pelvico; isteroscopia diagnostica; chirurgia robotica; chirurgia oncologica; chirurgia laparoscopica; chirurgia uroginecologica	Fonte obt: Azienda - val obt: entro dicembre - fonte verifica:										

Non risultano evidenze della attivazione e messa a regime dei diversi percorsi

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3STAT_8b	>	1,00	1,1	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,9
A_3STAT		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consultoriale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza. Problema sulle prestazioni ecografiche

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
-------------------------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
-------------------------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	>	N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	2,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										

verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

inviati verbali

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL05
OEG

**U.O.C. OSTETRICIA E
GINECOLOGIA LIVORNO (106)**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

112_49L5 UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA VIAREGGIO

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,8

4,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.7	>	21,42	90,00	2,9	12	50,82	-39	-44%	43%		*	1,3	M		
		Percentuale di prime visite specialistiche ginecologiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza		Fonte obt: DM70 - val obt: 90% - fonte verifica:													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	>	%.	96,17	100,00	1,0	12	103,60	4	4%	100%	vr	5	1,0	M	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Ospedale Unico Versilia										cts	
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		B5.2.2	>	%.			0,0	12				100%	vr	5	0,0		cts
		Adesione corretta dello screening cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 - livello Ospedale Unico Versilia											
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.		80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,7		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										cts	
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%		*	1,0	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										cts	
		B8.4.11	>	N.	97,36		1,0							*			cts
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13	>	N.		90,00	1,0							*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts	
		B8.4.14a	>		0,41	0,80	0,5	12	0,50	0	-37%	53%		3	0,3	M	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- _Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
		B8.4.14b	>	N.	1,02	0,95	0,5	12	0,95	0	0%	100%		*	0,5		cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,3

15,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.6 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero	<	30,60	30,00	1,0	12	39,31	9	31%	0%	1*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	2,50	1,92	1,0	12	3,13	1	63%	40%	4*	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	6,00	6,00	1,0	12	3,00	-3	-50%	100%		1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,33	-0,33	1,9	12	-0,03	0	-91%	20%	2*	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,18	0,18	1,9	12	0,39	0	119%	20%	2*	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	78,72	93,06	1,0	12	80,53	-13	-13%	43%	3*	0,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	2,61	3,00	1,0								cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M cio cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pes	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	----------------	-------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	1,9	1,9
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	4,5
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	297.295,10	297.295,10	15,0	12	397.646,01	100.351	34%	30%	3	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3 - Obiettivi REGIONALI												16,2	11,4	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1		
Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.														
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7 Maternità'	> Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività' di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1		
RAGGIUNTO [se(valore 2017 >=1000; raggiunto; non raggiunto)]														
PNE1.14	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. Versilia-Camaiore - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (cesarei)	PNE1.14.2 Migliorare Esito	< Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	1,84	0,54	2,2	12	0,52	0	-4%	100%	*	2,2	M
prose 2017														
PNE1.15	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. Versilia-Camaiore - Parti: proporzione di complicanze durante il parto o il puerperio (naturali)	PNE1.15.2 Migliorare Esito	< Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,46	0,46	2,2	12	0,12	0	-74%	100%	*	2,2	M
prose 2017														
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	> Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	1,00	2,2	11					*			
non pervenuti ancora i risultati regionali														
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:	90,00	2,2	12	100,00	10	11%	100%	*	2,2		
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> % Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:	1,00	2,2	12	0,15	-1	-85%	15%	*	0,3		
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	> Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:	1.811,05 1.992,15	2,2	12	3.639,00	1.647	83%	100%	*	2,2	M	
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	> Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:	1,00	0,8	11					*			
non pervenuti ancora i risultati regionali														

P3SO01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P3SO01c	>	1,00	1,1	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="-1"/>	<input type="text" value="-100%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0"/>
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32 - Il GOM ginecologico non è formalizzato a viareggio						

Valutazione direzione a seguito di controdeduzioni resp. Area (mail. 2018-11-10)

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_8b	>	1,00	1,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,8
		Assicurare l'offerta coerente con la domanda di parti definita dalla rete consorziale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Non si è ancora completamente realizzata la presa in carico della donna nel percorso della gravidanza Problema sulle prestazioni ecografiche							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,0
------------------------	------	------

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	3,1
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,1	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="3,1"/>
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1	attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	1,00	-2	-67%	63%	3 *	1,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalizzati pervenuti al CdG H al 2018-10-15; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

112_49L5

**UOC OSTETRICIA E
GINECOLOGIA VIAREGGIO**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

112_92

UOS PROCREAZIONE MEDICAMENTE ASSISTITA

1 - Obiettivi MeS

20,0

14,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,4

2,2

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	2,2	12	99,46	1	1%	100%	*	2,2	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RS)													cts
		B8.4.13	> N.		90,00	2,2						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA													cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

13,1

10,0

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,2						*			cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,2	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	2,2	12	80,00	0	0%	100%	*	2,2		cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale													cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	4,3	12	2,38	-1	-21%	79%	*	3,4		
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,5

2,5

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,7		
		Percentuale di risposta all'indagine di clima													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

E	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
---	---------------------	-----	---	--	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	317.700,54	317.700,54	15,0	12	301.072,19	-16.628	-5%	100%	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts	
<hr/>															
		Euro01a	> %.			0,0	12								cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,3	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STRA_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	4,8	12	100,00	10	11%	100%	*	4,8	
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2	>	6.145,23	6.759,76	4.8	12	6.730,00	-30	0%	95%	<input type="checkbox"/>	* 4.6	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

4 - Ob Az: PMI **33,6** **33,6**

AZ07.130	Gestione rischio clinico	i-AZ07.130	>	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	9,6
		Applicazione check list PMA (GRC)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

AZ07.131	Livelli produttivi	i-AZ07.131	>	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 9,6
Mantenimento livelli produttivi FIVET			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

AZ07.132	Qualità dei servizi erogati	i-AZ07.132 esito dei cicli di PMA > alla media nazionale anno 2017 (risultante dal report prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità dei CPA)	>	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%		9,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

i-AZ07.132b mantenimento qualità percepita somministrazione questionario attraverso produzione di report	>	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 4,8
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **15,0**

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **15,0**

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)											

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,7	verbalmente pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalmente da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

112_92

**UOS PROCREAZIONE
MEDICAMENTE ASSISTITA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

D05A

AREA PEDIATRIA

Responsabile: Fabrizio Gadducci

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101 1FMI039

UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA MASSA CARRARA

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

2,2

[illegible]

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	0,6	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	0,6	M cio
														cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %	353,37	159,80	0,8	12	201,34	42	26%	100%	3	0,8	M
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N.			9,5	12				100%	vr	9,5	
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,2	12	2,45	-1	-18%	82%	*	5,0	

i ricoveri medici in età pediatrica prodotti da reparto 39 Pediatria ex usl1 sono passati da 407 del 2016 a 388 del 2017 i ricoveri medici in età neonatale prodotti da reparto 31 nido e 62 neonatologia ex usl1 sono passati da 102 del 2016 a 180 del 2017

valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,2	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	1,2	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,2	M cio
														cts

valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

E	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	Euro01	< €.	118.757,20	118.757,20	15,0	12	171.875,16	53.118	45%	55%	vr	3	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,05 vs MPond strutt: 0,87)

Euro01a	> %.	0,0	12												cio
Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0 20,0

3 - Obiettivi REGIONALI

26,8 11,8

B18	<u>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</u>	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											cts

'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

RT_3STR A_3TAT	<u>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</u>	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	5,5	11						*			
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	5,5	12	75,00	-15	-17%	83%		*	4,6				
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:													

tolti Pepe, raffa, manca, iembo in maternità e Giovannoni e Bonini che svogliono attività in ambulatori non dotati di attrezzature

RT1.1	> %	1,00	5,5	12	0,55	0	-45%	55%		*	3,0				
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:													

tolti Pepe, raffa, manca, iembo in maternità e Giovannoni e Bonini che svogliono attività in ambulatori non dotati di attrezzature

RT1.2	>	725,00	797,50	5,5	12	744,00	-54	-7%	26%		*	1,4		M	
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:													

tolti Pepe, raffa, manca, iembo in maternità e Giovannoni e Bonini che svogliono attività in ambulatori non dotati di attrezzature

RT_4QUA 1INF	<u>QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza</u>	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	2,0	11						*			
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:											

non pervenuti ancora i risultati regionali

4 - Ob Az: 2,7 2,7

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5								5,5	
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%		*	5,5	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0	
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,7	cio
			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 aggiornato con mail resp. cdr del 2018-10-18 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2016 **2017** % **Valutazione 2017**

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

101_1FMI
039

**UOC NEONATOLOGIA E
PEDIATRIA MASSA CARRARA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

102_423105 **UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA LUCCA**

1 - Obiettivi MeS

35,0

19,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	1,0	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: <i>dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest</i>														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%	*	1,3	M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: <i>dato estratto da Infoview regionale</i>														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3						*		
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3						*		
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														
27,4														
14,5														
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<	100,00	1,92	1,3	12	0,00	-2	-100%	100%	* 5	1,3	M
Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:														
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	6,00	6,00	3,2	12	4,00	-2	-33%	100%	*	3,2	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
<i>ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia</i>														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,23	-1,23	2,5	12	-1,29	0	5%	100%	* 2	2,5	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3						*		
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	* 5	1,3	M
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	
					Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	0,6	M
					Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	0,6	M
					Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	<	%.			0,0	12					3		
					Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
			I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorino ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori												
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	<	N.	8,52	8,00	9,7	12	8,80	1	10%	0%	*	0,0	
					Fonte obt: mes - val obt: 8,0 - fonte verifica:										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	6,3	12	2,08	-1	-31%	69%	*	4,4	
					Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,3	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale								
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)		annullato, si veda email SDGrande del 10/10											
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016								
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata											
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		1,3	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS								

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 8,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	128.572,69	128.572,69	15,0	12	149.520,49	20.948	16%	55%	vr	3*	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12								cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,05 vs MPond strutt: 0,88)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Dal monitoraggio e delle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	5,5	11						*		
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	5,5	12	100,00	10	11%	100%		*	5,5	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
		RT1.1	> %	1,00	5,5	12	0,89	0	-11%	89%		*	4,9	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
		Tolte drsse Ruggieri, Lunardi e Matteucci (in maternità)												
		RT1.2	>	1.070,62	1.177,68	5,5	12	1.014,00	-164	-14%	0%	*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	2,0	11						*		
		Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									

Tolte drsse Ruggieri, Lunardi e Matteucci (in maternità)

non pervenuti ancora i risultati regionali

4 - Ob Az:

AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*		
		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.	
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5									5,5
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,7	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi

p1 P2

Valutazione

p1 P2

102_42310

5

**UOC NEONATOLOGIA E
PEDIATRIA LUCCA**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

102_423106

SEZ. PEDIATRIA VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	1,0		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%	*	1,3	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	1,3						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	1,3						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,4

25,0

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	1,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	1,3	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	6,00	6,00	3,2	12	4,00	-2	-33%	100%	*	3,2	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-1,39	-1,39	2,5	12	-1,46	0	5%	100%	2*	2,5	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,3					*			cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,3	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %			0,0	12					3*		
				Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO						
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N.	8,63	8,00	9,7	12	7,41	-1	-7%	100%	*	9,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 8,0 - fonte verifica:										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,3	12	2,45	-1	-18%	82%	*	5,1	
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Valle del Serchio						

I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorino ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr*	1,3	
				Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:				valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale						
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
								annullato, si veda email SDGrande del 10/10						
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016						cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M cio
				diminuzione rispetto all'anno precedente				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS						cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 8,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,05 vs MPond strutt: 0,44)

35,0	26,1
------	------

26,8	17,9
------	------

"Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa."

non pervenuti ancora i risultati regionali

non pervenuti ancora i risultati regionali

2,7		2,7
-----	--	-----

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNI III A

martedì 12 marzo 2019

AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.	
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5									5,5
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,7	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42310
6

SEZ. PEDIATRIA VDS

Totale pesi 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

105_BD103140

UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA PONTEDERA - VOLTERRA

3

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%	<div></div> *	1,0	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										cts	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%	<div></div> *	1,3	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										cts	
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3						<div></div> *		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00		1,3						<div></div> *		cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cts	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,4

25,5

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	1,3	
				Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,24	-0,24	2,5	12	-1,01	-1	323%	100%	2	*	2,5	M
				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,3						*		cio
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M cio
														cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.			0,0	12					3*		
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N.			9,7	12				100%	vr*	9,7	
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,3	12	2,69	0	-10%	90%	*	5,7	

I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorino ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori

circa il 66% dei ricoveri sono fatti dalle aziende ospedaliere; pontedera diminuisce i ricoveri DI 45 CASI (-11%)

valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr*	1,3	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M cio
														cts

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	164.223,36	164.223,36	15,0	12	91.101,77	-73.122	-45%	100%	vr	3 *	15,0	M	cio cts
----------	--	--	------	------------	------------	------	----	-----------	---------	------	------	----	-----	------	---	------------

Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,05 vs MPond strutt: 0,76)

Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.	0,0	12									*			cio
--	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 35,0 22,0

3 - Obiettivi REGIONALI 26,8 13,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		cio cts
------------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	--	------------

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	5,5	11						*			
---------------------------	--	---	---	------	-----	----	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	5,5	12	100,00	10	11%	100%		*	5,5	
--	---	-------	-----	----	--------	----	-----	------	--	---	-----	--

Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:

RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%		*	5,5	
--	-----	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	--

Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:

RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	1.674,30	1.841,73	5,5	12	1.513,00	-329	-18%	0%		*	0,0	
---	---	----------	----------	-----	----	----------	------	------	----	--	---	-----	--

Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:

RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	2,0	11						*			
-------------------------	---	---	---	------	-----	----	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

4 - Ob Az: 2,7 2,7

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5								5,5	
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%		*	5,5	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,0	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,0	
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	1,7	cio cts
			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** % Valutazione 2017

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

105_BD10
31403

**UOC NEONATOLOGIA E
PEDIATRIA PONTEDERA -
VOLTERRA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

105_BD103140

SEZ PEDIATRIA AVC (105)

5

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,9

2,6

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	1,5	12	61,66	-18	-23%	77%	<div></div> *	1,1	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										cts	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,5	12	99,46	1	1%	100%	<div></div> *	1,5	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										cts	
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,5						<div></div> *		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00		1,5						<div></div> *		cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,2

23,4

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,5	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	1,5	
				Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C4.9ass	DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<			0,0	12					*			
				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,00		0,0	12					2	*		
				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,5						*			cio
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											cts	
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,5	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,5	M cio
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:											cts	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5	0,7	M
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5	0,7	M
														cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	74,79	159,80	0,9	12	201,34	42	26%	30%	3	0,3	
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N.			11,3	12				100%	vr	11,3	
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	7,3	12	2,74	0	-9%	91%	*	6,7	

circa il 70% dei ricoveri sono fatti dalle aziende ospedaliere; pontedera diminuisce i ricoveri da 19 a 15

valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Alta Val di Cecina

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,5	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,5	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,5	M
														cts

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	15,0
-------------------------	------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1.05 vs MPond strutt: 0.14)

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> sì/no	1,00	3,3	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="text" value="3.3"/>	cio cts
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa												
RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	> Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	1,00	6,5	11						*			
non pervenuti ancora i risultati regionali													
RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:	90,00	0,0	12						*			
RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> % Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:	1,00	6,5	12	1,00	0	0%	100%	*	6,5			
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	> Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:	82,55	90,80	6,5	12	96,00	5	6%	100%	*	6,5		M

RT_4QUA_1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	2,4	11						*	
		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:	<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>										

AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						*	
S			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	<i>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</i>									

martedì 12 marzo 2019

P33006	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53	>	1,00	6.5	12	1,00	0	0%	100%	*	6.5
		Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica							

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	> N.	2017_Q2.1	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="text" value="3.1"/>
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	1,00	-2	-67%	63%	3 *	1,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalità pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								cts

Q04	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)								cts

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									cts

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

105_BD10
31405

SEZ PEDIATRIA AVC (105)

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HC05PED

U.O.C. PEDIATRIA CECINA (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		1,0	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%		1,3	M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3								
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3								
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						27,4							22,6	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,3	12	66,67	65	3372%	30%	3	0,4	
Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:														
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	3,00	3,00	3,2	12	2,00	-1	-33%	100%		3,2	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,24	-1,24	2,5	12	-0,80	0	-35%	20%	2	0,5	
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3								
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,3	M
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	0,6	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	0,6	M cio
														cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %			0,0	12					3		
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N.	6,92	8,00	9,7	12	6,60	-1	-18%	100%	*	9,7	M
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,3	12	2,69	0	-10%	90%	*	5,7	

I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorinolaringoiatri ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,3	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M cio
														cts

Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pesì	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	----------------	--------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

[illegible]

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35.0

27.5

3 - Obiettivi REGIONALI

26,8

19,2	
------	--

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
Dal monitoraggio e delle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.														
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	5,5	11						*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
non pervenuti ancora i risultati regionali														
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	5,5	12	100,00	10	11%	100%		*	5,5	
Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:														
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%		*	5,5	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:														
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	144,70	159,18	5,5	12	245,00	86	54%	100%		*	5,5
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:														
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	2,0	11						*		
Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:														
non pervenuti ancora i risultati regionali														

4 - Ob Az:

2,7

2,7

AZ_3PER	<u>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</u>	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12					*	
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt:	- val obt:	- fonte verifica:	personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.	
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5									5,5
P33006	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									13,1
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									13,1
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,8	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HC05
PED

**U.O.C. PEDIATRIA CECINA
(106)**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106_HE05PED **U.O.C. PEDIATRIA ELBA/PIOMBINO (106)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		1,0	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%		1,3	M
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3								
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3								
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						27,4							23,4	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,3	12	0,00	-2	-100%	100%	3	1,3	
Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:														
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	3,00	3,00	3,2	12	2,00	-1	-33%	100%		3,2	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,37	-1,37	2,5	12	-1,05	0	-23%	20%	2	0,5	
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3								
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,3	M
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:														
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6		
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
			C6.6	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	0,6	M
			Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	0,6	M
			Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.			0,0	12					3			
			Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
			I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorino ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori												
			C7.7	< N.	8,80	8,00	9,7	12	7,63	0	-5%	100%	*	9,7	M
			Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)		Fonte obt: mes - val obt: 8,0 - fonte verifica:										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,3	12	2,61	0	-13%	87%	*	5,5		
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Elba										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,3	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale								
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)		annullato, si veda email SDGrande del 10/10											
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016								
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata											
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		1,3	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile. al 10/10/2018, nel sito MeS								

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 8,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	37.489,87	37.489,87	15,0	12	45.969,98	8.480	23%	55%	vr	3*	8,2	cio
					Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12						*		cio
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,05 vs MPond strutt: 0,50)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								cts

'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	5,5	11					*		
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	5,5	12	100,00	10	11%	100%	*	5,5	
					Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								

		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	
					Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								

		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	232,00	255,20	5,5	12	254,00	-1	0%	95%	*	5,2	M
					Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									

Tolto Biani in pensione 1 agosto 2017, precedentemente assente per ferie

RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	2,0	11					*		
					Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:								

non pervenuti ancora i risultati regionali

4 - Ob Az:

AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*		
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.	
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5									5,5
P33006	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									13,1
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									13,1
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,8	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

106_HE05
PED

**U.O.C. PEDIATRIA
ELBA/PIOMBINO (106)**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

106 HL05PED

UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	1,0				
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
				B8.4.1		> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%		*	1,3	M
				Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
				B8.4.11		> N.	97,36	1,3								*		
				Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
				B8.4.13		> N.	90,00	1,3								*		
				Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						27,4		20,7										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	20,00	1,92	1,3	12	0,00	-2	-100%	100%	3	*	1,3	M		
				C4.9ass		<	2,00	2,00	3,2	12	4,00	2	100%	100%	vr	*	3,2	
				DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia; nr casi irrilevante										
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,36	-1,36	2,5	12	-1,50	0	10%	100%	2	*	2,5	M		
				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,3							*				
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
				C6.2.2		> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,3	M
				Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6		
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			C6.6	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M
			Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M
			Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.			0,0	12					3*			
			Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
			I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorino ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori												
			C7.7	< N.	8,90	8,00	9,7	12	8,42	0	5%	53%	*	5,2	M
			Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)		Fonte obt: mes - val obt: 8,0 - fonte verifica:										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,3	12	2,55	0	-15%	85%	*	5,3		
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,3		
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale									
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*			
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)		annullato, si veda email SDGrande del 10/10												
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata												
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,3	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	152.644,68	152.644,68	15,0	12	135.173,60	-17.471	-11%	100%	vr	3*	15,0	M	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:														cts
bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,05 vs MPond strutt: 0,76)																	
		Euro01a	> %.			0,0	12							*		cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35.0

22.6

3 - Obiettivi REGIONALI

26,8

14,3	
------	--

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> sì/no	1,00	2.7	12	1,00	0	0%	100%	2.7	clo	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>								cts

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa
RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	> <i>Fonte obt:</i> - <i>val obt:</i> - <i>fonte verifica:</i>
	1,00 5,5 11 non pervenuti ancora i risultati regionali
RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> <i>Fonte obt:</i> RT - <i>val obt:</i> 90% - <i>fonte verifica:</i>
	90,00 5,5 12 100,00 10 11% 100% *
RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> % <i>Fonte obt:</i> AZ - <i>val obt:</i> 100% - <i>fonte verifica:</i>
	1,00 5,5 12 0,60 0 -40% 60% *
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	> <i>Fonte obt:</i> AZ - <i>val obt:</i> +10% - <i>fonte verifica:</i>
	257,09 282,80 5,5 12 270,00 -13 -5% 50% *

RT_4QUA	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	2,0	11						*	
		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali										

4 - Ob Az:

2,7

2,7

AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						*	
S			Fonte obt:	- val obt:	- fonte verifica:	<i>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</i>							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5								5,5
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,7	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

106_HL05
PED

**UOC NEONATOLOGIA E
PEDIATRIA LIVORNO**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)

UO/UF

112_51L5

UOC NEONATOLOGIA E PEDIATRIA VERSILIA

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	1,0		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%	*	1,3	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	1,3						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	1,3						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,4

24,9

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	7,32	1,92	1,3	12	3,33	1	73%	100%	4*	1,3	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: azienda - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	212,00	212,00	3,2	12	169,00	-43	-20%	100%	*	3,2	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-1,84	-1,84	2,5	12	-1,98	0	8%	100%	2*	2,5	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,3						*		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,3	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,3	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Per favore, se non è strettamente necessario non stampare questi report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	0,6	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	0,6	M cio
														cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %			0,0	12					3		
		C7.7 Tasso di ricovero in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	< N.	9,42	8,00	9,7	12	7,46	-1	-7%	100%	*	9,7	M
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,3	12	2,38	-1	-21%	79%	*	5,0	

I pediatri sostengono che non possono incidere sul tasso. In base ad obiettivo budget 2016, hanno fatto un convegno sulle indicazioni all'intervento in collaborazione con gli otorinolaringoiatri ed è l'unica azione di cui possono farsi promotori

valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,3	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>	1,00	0,0	12						*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M cio
														cts

valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost.Scost. %	Valutazione 2017
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	------------------

tolto un farmaco salvavita e materiale economale finanziato

35,0	23,5
------	------

26,8	15,2
------	------

"Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

2,7		2,7
-----	--	-----

personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi

martedì 12 marzo 2019

AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	Il dipartimento dichiara che la registrazione su first aid viene effettuata da tutte le strutture.	
4 - Ob Az: PEDIATRIA					5,5									5,5
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-AZ07.53 Attivazione della rete pediatrica come da documento approvato nel 2016	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	. Sono stati prodotti i documenti relativi alle cure palliative, trasporto neonatale e rete neonatologica	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,7	verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

112_51L5

**UOC NEONATOLOGIA E
PEDIATRIA VERSILIA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

Tutti gli obiettivi sono suscettibili di aggiornamento in corso d'anno in relazione al consolidarsi del preconsuntivo 2015 e/o del monitoraggio 2016

** p1) peso per il Responsabile CdR e per gli altri dirigenti; p2) peso per il comparto assegnato sia professionalmente che funzionalmente al CdR (per il comparto assegnato solo funzionalmente gli obiettivi qui contrassegnati con "cio"/"cts" sono pesati nelle schede dei Dipartimenti delle Professioni)