

## Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

D04

### DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

**Responsabile:** Giacomo Allegrini

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".*

D04

**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

**Responsabile:**

Macrostruttura

D04 DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

30,7

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

16,3

15,5

<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.1.1	> %.	95,06	100,00	2,4	12	92,77	-7	-7%	100%	vr	4 *	2,4	
		Estensione corretta dello screening mammografico	1 - mes												cts
		B5.1.2	> %.	72,70	80,00	2,4	12	70,65	-9	-12%	100%	vr	3 *	2,4	
		Adesione corretta dello screening mammografico	0,8 - mes												
		B5.2.1	> %.	99,74	100,00	2,4	12	107,39	7	7%	100%	vr	5 *	2,4	M
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	1 - mes												cts
		B5.2.2	> %.	55,90	60,00	2,4	12	54,14	-6	-10%	100%	vr	5 *	2,4	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	0,6 - mes												
		B5.3.1	> %.			2,4	12				100%	vr	5 *	2,4	
		Estensione corretta dello screening coloretale	1 - mes												cts
		B5.3.2	> %.	47,08	70,00	2,4	12	45,86	-24	-34%	100%	vr	1 *	2,4	
		Adesione corretta dello screening coloretale	0,7 - mes												
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.		80,00	0,3		61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - mes												cts
		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												cts
		B8.4.11	> N.	97,36	95,00	0,3							*		
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 - mes												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,3							*		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - mes												cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

14,5

12,6

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1	< N.	125,52	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	78%	4 *	0,3	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 - mes											
		C5.1e	< N.	8,98	7,31	0,3	12	9,20	2	26%	20%	2 *	0,1	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	7,31 - mes											
<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1	<	26,40	30,00	0,8	12	29,05	-1	-3%	100%	3 *	0,8	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	-											
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	C4.9ass	<	19,00	19,00	0,3	12	19,00	0	0%	100%	*	0,3	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	-											
<b>C2a</b>	<b>Governo delle risorse economiche</b>	C2a.M_dip	<	-0,22	-0,22	1,7	12	-0,38	0	75%	100%	2 *	1,7	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	mantenimento - azienda											
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,7						*		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3 - mes											cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,7	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	8 - azienda											cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 - mes											cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,3	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,3	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - mes											cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,3	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 - mes											cts
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.		3,00	8,3	12	2,69	0	-10%	90%	*	7,4	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - mes											

### 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	0,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr *	0,8	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	0,55 - mes											

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

E	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 Asl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016														
		E3	< %.	796,00	795,00	1,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,7	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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	513.634,22	513.634,22	15,0	12	558.409,36	44.775	9%	30%	3*	4,5	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		mantenimento - az										cts	
		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

### 3 - Obiettivi REGIONALI

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		-												
<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>																
PPR-24	Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	i-PPR24		>	%	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6		
		Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni		-												
<i>Percorso HPV primario attivato su tutta l'Azienda, tranne che su Pontedera, per cui Estar deve individuare la soluzione informatica più idonea entro aprile 2018.</i>																
RT_2SOST_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2		>			2,3	12				83%	vr	*	1,9	
		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali		-												
<i>punteggio medio di: bevacizumab vs aflivceret cetuximab vs panitumumab gefitinib vs erlotinib eprex vs binocrit</i>																
<i>verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI</i>																
RT_3STR_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_5		>		1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5		
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD		-												

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

<b>RT_3STR</b> <b>A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	> -	1,00	3,5	11							*	
non pervenuti ancora i risultati regionali														
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> 0,9 - RT	90,00	1,2	12	100,00	10	11%	100%		*	1,2	
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> % 1 - AZ	0,82	1,2	12	0,86	0	5%	100%		*	1,2	
tolti medici non presenti nel periodo														
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	> 0,1 - AZ	34.061,85 37.468,03	1,2	12	39.081,00	1.613	4%	100%		*	1,2	M
<b>RT_3STR</b> <b>A_9SPE</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche</b>	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	> -	1,00	1,2	11						*		
non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T														
<b>RT_4QUA</b> <b>1ES</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Esiti</b>	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	> -	1,00	3,5	11						*		
non pervenuti ancora i risultati regionali														
4 - Ob Az:					6,9									6,9
<b>AZ_3PER</b> <b>S</b>	<b>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</b>	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														
<b>AZ_BU</b>	<b>Breast Unit</b>	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	> -	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	
assetto definito														
<b>AZ_Scre</b>	<b>Estendere la metodologia screening Service uterina</b>	AZ_Scre_1 HPV/strato sottile	> -	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	
<b>AZ07.3</b>	<b>Approfondimenti genetici</b>	i-AZ07.3 Definizione di un pdta entro aprile	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
<b>AZ07.8</b>	<b>Appropriatezza nell'uso dei farmaci</b>	i-AZ07.8 Definizione di un documento di autoregolamentazione coordinati con AOUPi	> Entro 1 maggio - az	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

4 - Ob Az: CUP ANAGRAFE E MANCATI PAGAMENTI DA PRESTAZIONI SANITARIE					1,2								1,2
P55O32	Ricondurre le prestazioni CUP al percorso screening quando ricorrono le condizioni (età) dello screening	i-P55O32 1)Definire le modalità per ricondurre le prestazioni da cup allo screening;2) Predisposizione e revisione delle agende CUP;3) Formazione degli operatori	> si/no -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Modalità definite. Quando ricorrono le condizioni, dal cup arriva comunicazione alla struttura screening, che inserisce la donna nel percorso
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,2								1,2
P36O08	Migliorare l' appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N. -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					2,3								2,3
P39O03.07	protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03.07 applicazione	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	sono state costituite schede di terapia sulla base dei criteri condivisidal GdL e che vengono inviate al Dir. Dip per monitorare appropriatezza utilizzo farmaci
P39O04.07	procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04.07 applicazione	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate
4 - Ob Az: ONCOLOGICO					1,2								1,2
AZ07.138	Definizione di protocolli unitari di ATNO	i-AZ07.138  prostata (entro 30 giugno); polmone (entro 30 giugno); colon (entro 30 giugno); mammella (entro 30 settembre); testa-collo (entro 30 settembre)	> a crescere -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	VEDI DOC ALLEGRI
4 - Ob Az: RADIOTERAPIA					2,3								2,3
P40O01.07	Controllo spesa trasporti	i-P40O01.07 rispetto cronoprogramma per la prescrizione dei trasporti	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Nord 0 sud 1
P40O03.07	protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa.	i-P40O03.07 applicazione	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Per le metastasi ossee la % di trattamento ipofrazionato è praticamente il 100%. Per quanto riguarda la mammella si supera ampiamente il 20%. Attualmente sfioriamo il 30%, nel 2018 arriveremo a circa il 50%. OBIETTIVO RAGGIUNTO
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								11,9
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								11,9
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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	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)

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>2017_Q2</b>	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5		
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)														
<b>2017_Q3</b>	<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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5		
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)														
<b>B2az</b>	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	1,00	3,1						3*		cio cts	
- 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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	cio 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)														
<b>B3az</b>	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	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
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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

D04

**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

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)

D04A

## AREA ONCOLOGIA

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1FON064 **ONCOLOGIA MEDICA (101)**

## 1 - Obiettivi MeS

20,0

16,1

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,0

1,8

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		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	0,6						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,6						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

14,3

11,6

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	75%	4	*	0,4	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
		C5.1e	< N.	8,56	7,31	0,6	12	8,70	1	19%	30%	3	*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<	19,85	30,00	1,3	12	22,35	-8	-26%	100%	5	*	1,3	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												
C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	<	201,00	201,00	0,6	12	45,00	-156	-78%	100%		*	0,6	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-3,47	-3,47	1,3	12	-4,05	-1	17%	100%	2	*	1,3	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: - val obt: mantenimento - 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,1												
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,1			M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	80,00	0	0%	100%		*	1,1			cio	cts
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	*	0,6			M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,6			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	5,4	12	2,45	-1	-18%	82%		*	4,4				
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica																

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,3				
		Percentuale di risposta all'indagine di clima																
	<b>Valutazione interna</b>	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)																
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0			M	cio
		Percentuale di assenza																cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,3			M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti																cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	9,4
-------------------------	------	-----

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	15,0	12					63%	vr	3*	9,4	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts
		aggiunto +33%. dr mambrini è primario a partire da 9/2017 (> possibilità gestionali) -> ultimo trimestre: 1.623.986 VS 1.604.411= -19.574												
		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

				50,0								34,1	
				28,6								12,7	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	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_2SOS T 1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2	>		3,6	12				83%	vr	3,0	
		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
punteggio medio di: bevacizumab vs aflivertcet cetuximab vs panitumumab gefitinib vs erlotinib eprex vs binocrit													
verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI													
RT_3STR A 3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%		5,4	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	5,4	11							
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,8	12	39,85	-50	-56%	44%		0,8	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
		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:										
tolti da calcolo: Drssa Pedata trasferita ad inizio 2017; drssa Venturini assente per malattia													
		RT1.2	>	2.480,37	2.728,41	1,8	12	1.213,00	-1.515	-56%	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_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,8	11								*		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	5,4	11								*		non pervenuti ancora i risultati regionali
4 - Ob Az:					5,4											5,4
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_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%			*	3,6	assetto definito	
AZ07.3	Approfondimenti genetici	i-AZ07.3 Definizione di un pdta entro aprile	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8		
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,8											1,8
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8		
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					14,3											14,3
AZ07.121	Implementazione della attività di sperimentazione clinica per favorire la appropriatezza farmaceutica in oncologia e onco-ematologia	i-AZ07.121 partecipazione alle riunioni mensili della TASK FORCE di almeno un oncologo e del fixer da concordare con il direttore del DO	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8	vedi report puntuale fornito da Allegrini	
		i-AZ07.121b invio periodico al direttore del DO (entro 30 maggio, entro 30 settembre, entro 15 dicembre) di un report con l' elenco degli studi attivi presso il proprio centro e l' elenco dei farmaci ad alto costo dove è prevista una riduzione di spesa rispetto all'	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8	vedi report puntuale fornito da Allegrini	
		i-AZ07.121c invio da parte del direttore del DO dell' elenco aggiornato degli studi attivi in ATNO-AOUP (entro 15 giugno, entro 15 ottobre, entro 30 dicembre) a tutte le UOC di oncologia	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8	vedi report puntuale fornito da Allegrini	

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ07.122	Adesione alle raccomandazioni regionali ITT (farmaci antiemetici, utilizzo dei biosimilari per i fattori di crescita, denosumab)	i-AZ07.122 Riduzione dei consumi 2017 rispetto 2016	>		0.0	12							*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	somma dei consumi nei farmaci indicati nella raccomandazione									
AZ07.123	Partecipazione alle riunioni dei gruppi di lavoro interaziendali ATNO-AOUP di oncologia medica per le quattro patologie tumorali a più alta incidenza (mammella, polmone, colon retto e prostata)	i-AZ07.123 Verbale che attesta la partecipazione (da inviare al direttore del di.p onco.)	>	1.00	1.8	12	1.00	0	0%	100%		*	1.8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	vedi report puntuale fornito da Allegrini									
AZ07.124	Revisione delle raccomandazioni terapeutiche per le quattro patologie tumorali	i-AZ07.124 Produzione di un documento entro fine 2017	>	1.00	1.8	12	1.00	0	0%	100%		*	1.8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	vedi report puntuale fornito da Allegrini									
P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01a Applicazione delle procedure condivise con ITT	>	1.00	1.8	12	1.00	0	0%	100%		*	1.8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	vedi report puntuale fornito da Allegrini									
P39O03.07	protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03.07 applicazione	>	1.00	1.8	12	1.00	0	0%	100%		*	1.8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	sono state costituite schede di terapia sulla base dei criteri condivisi dal GdL e che vengono inviate al Dir. Dip per monitorare appropriatezza utilizzo farmaci									
P39O04.07	procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04.07 applicazione	>	1.00	1.8	12	1.00	0	0%	100%		*	1.8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate									

## 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8	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_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8	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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8	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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8	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)

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,5	cio	
		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	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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)									
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									
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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

101\_1FON  
064

**ONCOLOGIA MEDICA (101)**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale  
si veda il report  
rieapilativo 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\_424108 SC ONCOLOGIA (102)

## 1 - Obiettivi MeS

15,0

11,6

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

1,5

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		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	1,1	12	99,46	1	1%	100%	*	1,1	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RS)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,5						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,3

7,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	0,5	12	123,44	3	3%	88%	4	*	0,4	M
Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<	14,24	30,00	1,1	12	16,21	-14	-46%	100%	5	*	1,1	
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	<	1,00	1,00	0,5	12	0,00	-1	-100%	100%		*	0,5	M
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									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9							*		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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	0,9	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									cio
															cts

ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

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	0,9	12	80,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts	
		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								cts
		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								cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,4	12	2,08	-1	-31%	69%	*	3,1		
				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 Piana di Lucca								

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,2

2,2

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1				55,00	1,1	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,1	
		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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,1	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

15,0

8,2

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

8,2

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.243.182,24	2.243.182,24	15,0	12	2.677.490,86	434.309	19%	55%	vr	3*	8,2	cio
				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: 16,9 vs MPond strutt: 11,8)							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							

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

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

55,0

40,3

### 3 - Obiettivi REGIONALI

31,4

16,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	
'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_2SOST_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2 2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali	>		3,9	12				83%	vr	3,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: punteggio medio di: bevacizumav vs aflivercet cetuximab vs panitumumab gefintinib vs erlotinib eprex vs binocrit verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI													
RT_3STR_3ATAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3ATAT_5 5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	>	1,00	5,9	12	1,00	0	0%	100%		5,9	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
		RT_3STR_3ATAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	>	1,00	5,9	11							
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali													
		RT_3STR_3ATAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,0	12	100,00	10	11%	100%		2,0	
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	2,0	12	0,83	0	-17%	83%		1,6	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:													
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	2.767,79 3.044,57	2,0	12	5.057,00	2.012	66%	100%		2,0	M
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:													
RT_3STR_3ASPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STR_3ASPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,0	11							
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T													
RT_4QUA_1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	5,9	11							
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali													
4 - Ob Az:					5,9								5,9

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

AZ_3PER	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_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	3,9	
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				assetto definito							
AZ07.3	Approfondimenti genetici	i-AZ07.3	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		Definizione di un pdta entro aprile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					2,0								2,0	
P36O08	Migliorare l' appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a	> N.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					15,7								15,7	
AZ07.121	Implementazione della attività di sperimentazione clinica per favorire la appropriatezza farmaceutica in oncologia e onco-ematologia	i-AZ07.121	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		partecipazione alle riunioni mensili della TASK FORCE di almeno un oncologo e del fixer da concordare con il direttore del DO	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				vedi report puntuale fornito da Allegrini							
		i-AZ07.121b	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		invio periodico al direttore del DO (entro 30 maggio, entro 30 settembre, entro 15 dicembre) di un report con l' elenco degli studi attivi presso il proprio centro e l' elenco dei farmaci ad alto costo dove è prevista una riduzione di spesa rispetto all'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				vedi report puntuale fornito da Allegrini							
		i-AZ07.121c	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		invio da parte del direttore del DO dell' elenco aggiornato degli studi attivi in ATNO-AOUP (entro 15 giugno, entro 15 ottobre, entro 30 dicembre) a tutte le UOC di oncologia	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				vedi report puntuale fornito da Allegrini							
AZ07.122	Adesione alle raccomandazioni regionali ITT (farmaci antiemetici, utilizzo dei biosimilari per i fattori di crescita, denosumab)	i-AZ07.122	>		0,0	12						*		
		Riduzione dei consumi 2017 rispetto 2016	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				somma dei consumi nei farmaci indicti nella raccomandazione							
AZ07.123	Partecipazione alle riunione dei gruppi di lavoro interaziendali ATNO-AOUP di oncologia medica per le quattro patologie tumorali a più alta incidenza (mammella, polmone, colon retto e prostata)	i-AZ07.123	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		Verbale che attesta la partecipazione (da inviare al direttore del di.p onco.)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				vedi report puntuale fornito da Allegrini							
AZ07.124	Revisione delle raccomandazioni terapeutiche per le quattro patologie tumorali	i-AZ07.124	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		Produzione di un documento entro fine 2017	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				vedi report puntuale fornito da Allegrini							

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01a Applicazione delle procedure condivise con ITT	>	1,00	2.0	12	1,00	0	0%	100%		2.0	vedi report puntuale fornito da Allegrini
P39O03.07	protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03.07 applicazione	>	1,00	2.0	12	1,00	0	0%	100%	*	2.0	sono state costituite schede di terapia sulla base dei criteri condivisi dal GdL e che vengono inviate al Dir. Dip per monitorare appropriatezza utilizzo farmaci
P39O04.07	procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2.0	12	1,00	0	0%	100%	*	2.0	in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate

## 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	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_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	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	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	verbali 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

<b>B3az</b>	<b>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</b>	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 ONCOLOGICO**

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\_42410  
8

**SC ONCOLOGIA (102)**

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\_424109 **S.S. ACCOG.ZA ITT (102)****1 - Obiettivi MeS****10,0****8,2****1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****6,3****4,5**

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<	14,24	30,00	1,8	12	16,21	-14	-46%	100%	5*	1,8		
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,8								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	1,8	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,8	M cio	
		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										cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,8	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,8	M cio	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

**1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA****3,7****3,7**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,8		
		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	1,8	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,8	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										

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI****75,0****68,4****3 - Obiettivi REGIONALI****11,1****8,6**

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	2,5	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					4,9							4,9	
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	4,9	12	1,00	0	0%	100%	*	4,9	
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az: CORD					56,6							52,4	
AZ07.100	Funzionamento Gom	i-AZ07.100	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		Monitoraggio delle percentuali delle valutazioni GOM sul totale delle prime visite oncologiche effettuate (GOM "prima visita") (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.101	tempestività del percorso oncologico	i-AZ07.101	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
		Monitoraggio della percentuale dei pazienti oncologici che iniziano la chemioterapia entro dieci giorni dallo svolgimento del GOM/prima visita (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.102		i-AZ07.102	>	1,00	2,5	12	0,30	-1	-70%	30%	*	0,7	
		Monitoraggio della percentuale delle pazienti operate per tumore della mammella, candidate a ricevere ormonoterapia e solo radioterapia, che iniziano il trattamento radiante prima di 3 mesi dall'intervento, sul totale (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.90	Organizzazione CORD	i-AZ07.90	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		Definizione di un manuale organizzativo e di funzionamento dei CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.91	Monitoraggio dell'attività delle Accoglienze/TTT	i-AZ07.91	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		produzione trimestrale di report con riportato numero di visite effettuate di follow up e I visite oncologiche divise per patologia/specialità	Fonte obt: - val obt: - 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.92</b>	<b>istituzione dei diversi GOM di patologia con nomina per ciascun gruppo del relativo referente</b>	i-AZ07.92 adozione della delibera aziendale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.93</b>	<b>Compilazione verbale di presenza per ciascuna riunione Gom</b>	i-AZ07.93 Nr fogli presenze/GOM	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.94</b>	<b>Verifica della la compilazione dei verbali dei GOM discussi paziente per paziente</b>	i-AZ07.94 Nr referti/nr pazienti	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.95</b>	<b>Revisione periodica collegiale delle LG e loro integrazione con le novità scientifiche più rilevanti</b>	i-AZ07.95 redazione di relativo verbale almeno annuale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.96</b>	<b>Coinvolgimento nei percorsi oncologici dei MMG</b>	i-AZ07.96 Organizzazione di almeno un incontro con MMG per ex asl o, in alternativa, invito ai GOM tramite email	>	1,00	2,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.97</b>	<b>Sviluppare e aggiornare annualmente i Percorsi Oncologici attivi in ambito Aziendale per le principali neoplasie (consultabili sulla Intranet), da effettuarsi in collaborazione con i responsabili di patologia</b>	i-AZ07.97 Produzione del documento di creazione dei singoli Percorsi entro 31-12-2017 e di successiva revisione annuale degli stessi	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.98</b>	<b>Condivisione degli indicatori di processo ed esito relativi alle principali neoplasie con il Coordinatore Aziendale e monitoraggio degli stessi. A seguire, analisi congiunta dei suddetti report con i coordinatori dei singoli GOM</b>	i-AZ07.98 Redazione quadrimestrale dei singoli report, entro le scadenze prestabilite	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.99</b>	<b>GOM preintervento</b>	i-AZ07.99 Monitoraggio della percentuale delle valutazioni GOM sul totale delle nuove diagnosi di neoplasia maligna effettuate all'interno delle strutture Aziendali (GOM "pre-trattamento") (da giugno)	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						

4 - Ob Az: ONCOLOGIA **2,5** **2,5**

<b>P39O04.07</b>	<b>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

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

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

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8		
		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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8		
		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 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		*	2,8		
		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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,5	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 ; 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 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	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 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
		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 ONCOLOGICO**

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\_42410  
9

**S.S. ACCOG.ZA ITT (102)**

Totale pesi 100,0

Per il punteggio finale  
si veda il report  
rieapilativo 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\_424110 **SS ONCOEMATOLOGIA (102)****1 - Obiettivi MeS****20,0****15,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****3,6****2,1**

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0,7	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,5		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	1,6	12	99,46	1	1%	100%	*	1,6	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,7						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,7						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****13,2****9,8**

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1	< N.	126,60	120,00	0,7	12	123,44	3	3%	88%	4*	0,6	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	3,00	3,00	0,7	12	2,00	-1	-33%	100%	*	0,7	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip	<	0,00	0,0	12						2*		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,4						*		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	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,4	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:											cts

ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 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	1,4	12	80,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										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
				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	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5	0,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,4	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

3,2

3,2

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,6	
				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
				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 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,6	M
				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

15,0

8,2

						15,0							8,2	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €	1.019.161,27	1.019.161,27	15,0	12	1.267.247,81	248.087	24%	55%	vr	3	8,2
				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: 9,67 vs MPond strutt: 5,62)										
		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										

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

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

50,0

41,7

### 3 - Obiettivi REGIONALI

25,0

16,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	
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_2SOST_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2 2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali	>		3,8	12				83%	vr	3,2	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: punteggio medio di: bevacizumav vs aflivceret cetuximab vs panitumumab gefintinib vs erlotinib eprex vs binocrit													
verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI													
RT_3STR_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_5 5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	>	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		5,8	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
RT_3STR_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%													
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali													
RT_3STR_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)													
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)													
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:													
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)													
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:													
RT_3STR_3SPER	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STR_3SPER_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,9	11							
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T													
4 - Ob Az:					0,0								
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 ANNUNIA													

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



4 - Ob Az: FARMACEUTICA													1,9	1,9
P36O08	Migliorare l' appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	
4 - Ob Az: ONCOEMATOLOGIA													23,1	23,1
AZ07.125	Riorganizzazione delle modalità operative delle oncoematologie	i-AZ07.125a Identificazione dei setting assistenziali per i pazienti ematologici e loro omogeneizzazione tra le varie UOS (stesura documento entro Maggio 2017, implementazione operativa entro Giugno 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	
		i-AZ07.125b Definizione della tipologia di ricovero ordinario ematologico (stesura Aprile 2017) e creazione lista ricoveri unica (Viareggio e Livorno) al fine di ottimizzare le risorse (entro Giugno 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	
		i-AZ07.125c Valutazione di fattibilità per l'attivazione di un servizio di Week Hospital al fine di ridurre i DRG ad alto rischio di inappropriatezza (410) (stesura documento di indirizzo entro Giugno 2017 e realizzazione entro Ottobre 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	
AZ07.126	Obiettivi di ricerca clinica	i-AZ07.126a a. Adesione ai gruppi di studio nazionali (FIL Fondazione Italiana Linfomi e GIMEMA Gruppo Italiano Malattie Ematologiche Maligne) al fine di estendere gli studi clinici no profit a tutte le realtà aziendali (Richiesta entro Maggio 2017, realizzazione ent	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	
		i-AZ07.126b Monitoraggio degli studi clinici attivi e indirizzamento dei pazienti eleggibili nelle strutture già operative (lista protocolli WEB Based entro Maggio 2017, indicatore numero di pazienti attivamente trasferiti al 31/12/2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	
		i-AZ07.126c Attivazione di un gruppo di lavoro interaziendale con UOC Ematologia – Pisa (AUOP/ATNO) per la ripartizione e diffusione degli studi clinici attivi (realizzazione entro Giugno 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	
		i-AZ07.126d Attivazione di studi clinici (profit o no profit) con reclutamento attivo (almeno due studi clinici per UOS entro dicembre 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI	

<b>AZ07.127</b>	<b>governo della spesa farmaceutica e strumentale</b>	i-AZ07.127a Creazione del Gruppo di Lavoro ATNO per la revisione delle indicazioni prescrittive sui farmaci innovativi ad alto costo	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127b Definizione del documento operativo sulla metodologia di lavoro di tale gruppo (entro Maggio 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127c Estensione del gruppo di lavoro a valenza interaziendale con UOC Ematologia – Pisa (AUOP/ATNO) (realizzazione entro Giugno 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127d Definizione delle linee guida di indirizzo e utilizzo appropriato per i primi due farmaci a maggior impatto economico (Rituximab e Bortezomib) (entro Giugno 2017) (indicatore volume di spesa primo semestre vs secondo semestre 2017)	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127e Definizione delle linee guida di indirizzo e utilizzo appropriato per i primi tre farmaci a maggior crescita economica (Ibrutinib, Pomalidomide e Idelalisib) (entro Giugno 2017, indicatore conservazione della percentuale di utilizzo rispetto al totale de	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL CAPOCHIANI								

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)								

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8		
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	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	cio cts	
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														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	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 ONCOLOGICO**

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\_42411  
0

**SS ONCOEMATOLOGIA (102)**

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\_BD103320

UO ONCOLOGIA (105)

6

## 1 - Obiettivi MeS

15,0

12,7

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,0

1,4

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,4	12	99,46	1	1%	100%		1,4	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

B8.4.13	> N.	90,00	0,6														cio
Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														cts	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,2

8,5

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<			0,0	12					0*			
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									

è un indicatore da cord

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,2									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	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,2	M	cio
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								cts

C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,2	12	80,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts

C6.6	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M	cio	
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M	cio
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								cts	

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	5,6	12	2,69	0	-10%	90%	*	5,0
		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: Ausl NO							

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,8

2,8

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,4		
		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						*		annullato, si veda email SDGrande del 10/10	
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)														
	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:											cio
																cts
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,4	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,4	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente											cio
																cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	1.885.499,85	1.885.499,85	15,0	12	1.610.663,91	-274.836	-15%	100%	vr	3	*	15,0	M
		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: 16,9 vs MPond strutt: 11,5)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0		cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											cts
<b>RT_2SOS</b>	<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi</b>	RT_2SOST_1FARM_2	>		3,9	12				83%	vr	*	3,3		
<b>T_1FARM</b>		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
<b>RT_3STR</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	5,9	12	1,00	0	0%	100%		*	5,9		
<b>A_3TAT</b>		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD		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.

punteggio medio di: bevacizumab vs aflivercet cetuximab vs panitumumab gefitinib vs erlotinib eprex vs binocrit

verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	>	1,00	5,9	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	2,0	12	100,00	10	11%	100%		*	2,0		
			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 1° semestre)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:													
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	5.595,75	6.155,33	2,0	5.865,00	-290	-5%	48%		*	0,9	M	
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:													
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,0	11							*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	5,9	11							*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:					5,9										5,9	
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_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	3,9			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			assetto definito										
AZ07.3	Approfondimenti genetici	i-AZ07.3 Definizione di un pdta entro aprile	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					2,0										2,0	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					15,7										15,7	

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

<b>AZ07.121</b>	<b>Implementazione della attività di sperimentazione clinica per favorire la appropriatezza farmaceutica in oncologia e onco-ematologia</b>	i-AZ07.121 partecipazione alle riunioni mensili della TASK FORCE di almeno un oncologo e del fixer da concordare con il direttore del DO	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
		i-AZ07.121b invio periodico al direttore del DO (entro 30 maggio, entro 30 settembre, entro 15 dicembre) di un report con l'elenco degli studi attivi presso il proprio centro e l'elenco dei farmaci ad alto costo dove è prevista una riduzione di spesa rispetto all'	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
		i-AZ07.121c invio da parte del direttore del DO dell'elenco aggiornato degli studi attivi in ATNO-AOUP (entro 15 giugno, entro 15 ottobre, entro 30 dicembre) a tutte le UOC di oncologia	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.122</b>	<b>Adesione alle raccomandazioni regionali ITT (farmaci antiemetici, utilizzo dei biosimilari per i fattori di crescita, denosumab)</b>	i-AZ07.122 Riduzione dei consumi 2017 rispetto 2016	>		0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		somma dei consumi nei farmaci indetti nella raccomandazione						
<b>AZ07.123</b>	<b>Partecipazione alle riunioni dei gruppi di lavoro interaziendali ATNO-AOUP di oncologia medica per le quattro patologie tumorali a più alta incidenza (mammella, polmone, colon retto e prostata)</b>	i-AZ07.123 Verbale che attesta la partecipazione (da inviare al direttore del di.p onco.)	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.124</b>	<b>Revisione delle raccomandazioni terapeutiche per le quattro patologie tumorali</b>	i-AZ07.124 Produzione di un documento entro fine 2017	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>P39O01</b>	<b>Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)</b>	i-P39O01a Applicazione delle procedure condivise con ITT	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>P39O03.07</b>	<b>protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O03.07 applicazione	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sono state costituite schede di terapia sulla base dei criteri condivisi dal GdL e che vengono inviate al Dir. Dip per monitorare appropriatezza utilizzo farmaci						
<b>P39O04.07</b>	<b>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

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



## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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 Qualità 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8		
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_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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 attestazione della UOC Qualità', 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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	<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 Qualità'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	cio cts	
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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	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 ONCOLOGICO**

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  
33206

**UO ONCOLOGIA (105)**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale  
si veda il report  
riequilibrativo 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 BD105110

**CORD E GOM (105)**

2

## 1 - Obiettivi MeS

10.0

8.2

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

6,3

4,5

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<		18,74	30,00	1,8	12	29,05	-1	-3%	100%	3	1,8	
			Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	1,8								
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2	>	N.	5,99	8,00	1,8	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,8	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								
		C6.6	>	%	2,66	3,00	0,8	12	11,20	8	273%	100%	5	0,8	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								

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,7

3,7

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,8		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 cts dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016
																dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,8	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,8	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

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

75.0

70.8

### 3 - Obiettivi REGIONALI

11,1

8,6

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	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	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	2,5	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		non pervenuti ancora i risultati regionali											
4 - Ob Az:					4,9							4,9	
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	4,9	12	1,00	0	0%	100%	*	4,9	
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az: CORD					56,6							54,8	
AZ07.100	Funzionamento Gom	i-AZ07.100	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		Monitoraggio delle percentuali delle valutazioni GOM sul totale delle prime visite oncologiche effettuate (GOM "prima visita") (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		vedi report puntuale fornito da Allegrini											
AZ07.101	tempestività del percorso oncologico	i-AZ07.101	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
		Monitoraggio della percentuale dei pazienti oncologici che iniziano la chemioterapia entro dieci giorni dallo svolgimento del GOM/prima visita (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		vedi report puntuale fornito da Allegrini											
AZ07.102		i-AZ07.102	>	1,00	2,5	12	0,30	-1	-70%	30%	*	0,7	
		Monitoraggio della percentuale delle pazienti operate per tumore della mammella, candidate a ricevere ormonoterapia e solo radioterapia, che iniziano il trattamento radiante prima di 3 mesi dall'intervento, sul totale (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		VEDI MAIL ALLEGRIINI											
AZ07.90	Organizzazione CORD	i-AZ07.90	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		Definizione di un manuale organizzativo e di funzionamento dei CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		VEDI MAIL ALLEGRIINI											
AZ07.91	Monitoraggio dell'attività delle Accoglienze/TTT	i-AZ07.91	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		produzione trimestrale di report con riportato numero di visite effettuate di follow up e I visite oncologiche divise per patologia/specialità	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		vedi report puntuale fornito da Allegrini											

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.92</b>	<u>istituzione dei diversi GOM di patologia con nomina per ciascun gruppo del relativo referente</u>	i-AZ07.92 adozione della delibera aziendale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.93</b>	<u>Compilazione verbale di presenza per ciascuna riunione Gom</u>	i-AZ07.93 Nr fogli presenze/GOM	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.94</b>	<u>Verifica della la compilazione dei verbali dei GOM discussi paziente per paziente</u>	i-AZ07.94 Nr referti/nr pazienti	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.95</b>	<u>Revisione periodica collegiale delle LG e loro integrazione con le novità scientifiche più rilevanti</u>	i-AZ07.95 redazione di relativo verbale almeno annuale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.96</b>	<u>Coinvolgimento nei percorsi oncologici dei MMG</u>	i-AZ07.96 Organizzazione di almeno un incontro con MMG per ex asl o, in alternativa, invito ai GOM tramite email	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.97</b>	<u>Sviluppare e aggiornare annualmente i Percorsi Oncologici attivi in ambito Aziendale per le principali neoplasie (consultabili sulla Intranet), da effettuarsi in collaborazione con i responsabili di patologia</u>	i-AZ07.97 Produzione del documento di creazione dei singoli Percorsi entro 31-12-2017 e di successiva revisione annuale degli stessi	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.98</b>	<u>Condivisione degli indicatori di processo ed esito relativi alle principali neoplasie con il Coordinatore Aziendale e monitoraggio degli stessi. A seguire, analisi congiunta dei suddetti report con i coordinatori dei singoli GOM</u>	i-AZ07.98 Redazione quadrimestrale dei singoli report, entro le scadenze prestabilite	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.99</b>	<u>GOM preintervento</u>	i-AZ07.99 Monitoraggio della percentuale delle valutazioni GOM sul totale delle nuove diagnosi di neoplasia maligna effettuate all'interno delle strutture Aziendali (GOM "pre-trattamento") (da giugno)	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						

4 - Ob Az: ONCOLOGIA 2,5 2,5

<b>P39O04.07</b>	<u>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

<b>2017_Q1</b>	<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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8	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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	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 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	verbali 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

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  
51102

**CORD E GOM (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\_HL08EM

EMATOLOGIA A VALENZA AZIENDALE (106)

A

## 1 - Obiettivi MeS

15,0

11,3

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

1,5

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%	<div></div> *	0,4	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	1,1	12	99,46	1	1%	100%	<div></div> *	1,1	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	0,5	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div> *	<div></div>		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	0,5	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div> *	<div></div>	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cts	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,2

7,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	123,41	120,00	0,5	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,2	
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,20	7,31	0,5	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	164,00	164,00	0,5	12	164,00	0	0%	100%		*	0,5	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-2,31	-2,31	0,5	12	-0,03	2	-99%	20%	2	*	0,1	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
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:												

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	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	M	cio
															cts
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,9	12	80,00	0	0%	100%		0,9		cio
															cts
		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
		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
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,5	12	2,55	0	-15%	85%		3,8		

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,1	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,1		
	<b>Valutazione interna</b>	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								
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		1,1	M	cio
															cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.605.510,99	2.605.510,99	15,0	12	2.399.244,38	-206.267	-8%	100%	vr	3*	15,0	M	cio
																cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci ( MPond disci: 9,67 vs MPond strutt: 6,89)

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	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

55,0

43,2

## 3 - Obiettivi REGIONALI

27,5

15,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	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_2SOS T_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2	>		4,2	12				83%	vr	3,5	
		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

punteggio medio di: bevacizumab vs aflivercet cetuximab vs panitumumab gefitinib vs erlotinib eprex vs binocrit

verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	6,3	12	1,00	0	0%	100%	*	6,3	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	6,3	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,1	12	100,00	10	11%	100%	*	2,1	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										

		RT1.1	> %	1,00	2,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,6	
		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:										

RT1.2	>	564,90	621,39	2,1	12	212,00	-409	-66%	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_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	2,1	11					*		
		1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG\_T

## 4 - Ob Az:

0,0

<b>AZ_3PERS</b>	<b>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</b>	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								

4 - Ob Az: FARMACEUTICA	2,1	2,1
-------------------------	-----	-----

<b>P36008</b>	<b>Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci</b>	i-P36008a	> N.	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: ONCOEMATOLOGIA	25,4	25,4
---------------------------	------	------

<b>AZ07.125</b>	<b>Riorganizzazione delle modalità operative delle oncoematologie</b>	i-AZ07.125a	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Identificazione dei setting assistenziali per i pazienti ematologici e loro omogeneizzazione tra le varie UOS (stesura documento entro Maggio 2017, implementazione operativa entro Giugno 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.125b	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Definizione della tipologia di ricovero ordinario ematologico (stesura Aprile 2017) e creazione lista ricoveri unica (Viareggio e Livorno) al fine di ottimizzare le risorse (entro Giugno 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.125c	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Valutazione di fattibilità per l'attivazione di un servizio di Week Hospital al fine di ridurre i DRG ad alto rischio di inappropriatezza (410) (stesura documento di indirizzo entro Giugno 2017 e realizzazione entro Ottobre 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

<b>AZ07.126</b>	<b>Obiettivi di ricerca clinica</b>	i-AZ07.126a	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		a. Adesione ai gruppi di studio nazionali (FIL Fondazione Italiana Linfomi e GIMEMA Gruppo Italiano Malattie Ematologiche Maligne) al fine di estendere gli studi clinici no profit a tutte le realtà aziendali (Richiesta entro Maggio 2017, realizzazione ent	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.126b	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Monitoraggio degli studi clinici attivi e indirizzamento dei pazienti eleggibili nelle strutture già operative (lista protocolli WEB Based entro Maggio 2017, indicatore numero di pazienti attivamente trasferiti al 31/12/2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.126c	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
Attivazione di un gruppo di lavoro interaziendale con UOC Ematologia - Pisa (AUOP/ATNO) per la ripartizione e diffusione degli studi clinici attivi (realizzazione entro Giugno 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

<b>AZ07.126</b>	<b>Obiettivi di ricerca clinica</b>	i-AZ07.126d Attivazione di studi clinici (profit o no profit) con reclutamento attivo (almeno due studi clinici per UOS entro dicembre 2017)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
<b>AZ07.127</b>	<b>governo della spesa farmaceutica e strumentale</b>	i-AZ07.127a Creazione del Gruppo di Lavoro ATNO per la revisione delle indicazioni prescrittive sui farmaci innovativi ad alto costo	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127b Definizione del documento operativo sulla metodologia di lavoro di tale gruppo (entro Maggio 2017)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127c Estensione del gruppo di lavoro a valenza interaziendale con UOC Ematologia – Pisa (AUOP/ATNO) (realizzazione entro Giugno 2017)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127d Definizione delle linee guida di indirizzo e utilizzo appropriato per i primi due farmaci a maggior impatto economico (Rituximab e Bortezomib) (entro Giugno 2017) (indicatore volume di spesa primo semestre vs secondo semestre 2017)	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127e Definizione delle linee guida di indirizzo e utilizzo appropriato per i primi tre farmaci a maggior crescita economica (Ibrutinib, Pomalidomide e Idelalisib) (entro Giugno 2017, indicatore conservazione della percentuale di utilizzo rispetto al totale de	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)								

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
			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	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbali 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106\_HL08  
EMA

**EMATOLOGIA A VALENZA  
AZIENDALE (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\_HL08ON

U.O.C. ONCOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)

## 1 - Obiettivi MeS

20,0

16,0

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,0

1,8

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	<div></div> *	0,4	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest								cts	
<hr/>															
		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:		dato estratto da Infoview regionale								cts	
<hr/>															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	0,6	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div> *	<div></div>		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
<hr/>															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	0,6	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div> *	<div></div>		
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cio	

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

14,3

11,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	123,41	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,2		
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,20	7,31	0,6	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1		
				Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	24,30	30,00	1,3	12	28,90	-1	-4%	100%	3	*	1,3		
				Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	1,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6		
				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	<	-1,69	-1,69	1,3	12	-3,10	-1	83%	100%	2	*	1,3	M	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,1												cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,1			M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	80,00	0	0%	100%		*	1,1				cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	*	0,6			M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,6			M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																cts
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.		3,00	5,4	12	2,55	0	-15%	85%		*	4,6				
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica																

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,3				
		Percentuale di risposta all'indagine di clima																
	<b>Valutazione interna</b>	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)																
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0			M	cio
		Percentuale di assenza																cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,3			M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti																cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

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



**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

Valutazione 2017

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>50,0</b>	<b>36,5</b>
3 - Obiettivi REGIONALI	28,6	15,0

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>RT_4QUA_1ES</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Esiti</b>	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	5,4	11							*	
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											non pervenuti ancora i risultati regionali
4 - Ob Az:					5,4									5,4
<b>AZ_3PERS</b>	<b>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</b>	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
<b>AZ_BU</b>	<b>Breast Unit</b>	AZ_BU_1	>	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		*		3,6
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											assetto definito
<b>AZ07.3</b>	<b>Approfondimenti genetici</b>	i-AZ07.3	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8
		Definizione di un pdta entro aprile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,8									1,8
<b>P36O08</b>	<b>Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci</b>	i-P36O08a	> N.	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					14,3									14,3
<b>AZ07.121</b>	<b>Implementazione della attività di sperimentazione clinica per favorire la appropriatezza farmaceutica in oncologia e onco-ematologia</b>	i-AZ07.121	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8
		partecipazione alle riunioni mensili della TASK FORCE di almeno un oncologo e del fixer da concordare con il direttore del DO	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											vedi report puntuale fornito da Allegrini
		i-AZ07.121b	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8
		invio periodico al direttore del DO (entro 30 maggio, entro 30 settembre, entro 15 dicembre) di un report con l'elenco degli studi attivi presso il proprio centro e l'elenco dei farmaci ad alto costo dove è prevista una riduzione di spesa rispetto all'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											vedi report puntuale fornito da Allegrini
		i-AZ07.121c	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8
		invio da parte del direttore del DO dell'elenco aggiornato degli studi attivi in ATNO-AOUP (entro 15 giugno, entro 15 ottobre, entro 30 dicembre) a tutte le UOC di oncologia	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											vedi report puntuale fornito da Allegrini
<b>AZ07.122</b>	<b>Adesione alle raccomandazioni regionali ITT (farmaci antineoplastici, utilizzo dei biosimilari per i fattori di crescita, denosumab)</b>	i-AZ07.122	>		0,0	12						*		
		Riduzione dei consumi 2017 rispetto 2016	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											somma dei consumi nei farmaci indicati nella raccomandazione

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>AZ07.123</b>	<b>Partecipazione alle riunioni dei gruppi di lavoro interaziendali ATNO-AOUP di oncologia medica per le quattro patologie tumorali a più alta incidenza (mammella, polmone, colon retto e prostata)</b>	i-AZ07.123 Verbale che attesta la partecipazione (da inviare al direttore del dip. onco.)	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.124</b>	<b>Revisione delle raccomandazioni terapeutiche per le quattro patologie tumorali</b>	i-AZ07.124 Produzione di un documento entro fine 2017	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>P39O01</b>	<b>Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)</b>	i-P39O01a Applicazione delle procedure condivise con ITT	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>P39O03.07</b>	<b>protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O03.07 applicazione	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sono state costituite schede di terapia sulla base dei criteri condivisi dal GdL e che vengono inviate al Dir. Dip per monitorare appropriatezza utilizzo farmaci						
<b>P39O04.07</b>	<b>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

				15,0		15,0						
				15,0		15,0						
<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>2017_Q3</b>	<b>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)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5
				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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 \* Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost. Scost. % 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106\_HL08  
ONC

**U.O.C. ONCOLOGIA LIVORNO  
VALENZA AZIENDALE (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\_HL08RO  
D

**U.O. CORD LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)**

## 1 - Obiettivi MeS

10,0

8,2

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

6,3

4,5

<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1	<	24,30	30,00	1,8	12	28,90	-1	-4%	100%	3	1,8	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno								
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	1,8							
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2	>	N.	5,99	8,00	1,8	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,8
		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								
		C6.6	>	%	2,66	3,00	0,8	12	11,20	8	273%	100%	5	0,8
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,7

3,7

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	1,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,8		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
	<b>Valutazione interna</b>	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
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio  cts  dato MeS al 2018-05-08, livello Asl/ NO fonte Conto Annuale del personale 2016  dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,8	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,8	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

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

75,0

66,2

### 3 - Obiettivi REGIONALI

13,1

8,3

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	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	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	7,1	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	2,4	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
RT_4QUA 1FS	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	2,4	11					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
4 - Ob Az:					4,8							4,8	
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
assetto definito													
4 - Ob Az: CORD					54,8							50,7	
AZ07.100	Funzionamento Gom	i-AZ07.100	>	1,00	7,1	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1	
		Monitoraggio delle percentuali delle valutazioni GOM sul totale delle prime visite oncologiche effettuate (GOM "prima visita") (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													
AZ07.101	tempestività del percorso oncologico	i-AZ07.101	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	
		Monitoraggio della percentuale dei pazienti oncologici che iniziano la chemioterapia entro dieci giorni dallo svolgimento del GOM/prima visita (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													
AZ07.102		i-AZ07.102	>	1,00	2,4	12	0,30	-1	-70%	30%	*	0,7	
		Monitoraggio della percentuale delle pazienti operate per tumore della mammella, candidate a ricevere ormonoterapia e solo radioterapia, che iniziano il trattamento radiante prima di 3 mesi dall'intervento, sul totale (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
VEDI MAIL ALLEGRIINI													
AZ07.90	Organizzazione CORD	i-AZ07.90	>	1,00	7,1	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1	
		Definizione di un manuale organizzativo e di funzionamento dei CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
VEDI MAIL ALLEGRIINI													

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ07.91	<u>Monitoraggio dell' attività delle Accoglienze/ITT</u>	i-AZ07.91 produzione trimestrale di report con riportato numero di visite effettuate di follow up e I visite oncologiche divise per patologia/specialità	>	1,00	7,1	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.92	<u>Istituzione dei diversi GOM di patologia con nomina per ciascun gruppo del relativo referente</u>	i-AZ07.92 adozione della delibera aziendale	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.93	<u>Compilazione verbale di presenza per ciascuna riunione Gom</u>	i-AZ07.93 Nr fogli presenze/GOM	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.94	<u>Verifica della la compilazione dei verbali dei GOM discussi paziente per paziente</u>	i-AZ07.94 Nr referti/nr pazienti	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.95	<u>Revisione periodica collegiale delle LG e loro integrazione con le novità scientifiche più rilevanti</u>	i-AZ07.95 redazione di relativo verbale almeno annuale	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.96	<u>Coinvolgimento nei percorsi oncologici dei MMG</u>	i-AZ07.96 Organizzazione di almeno un incontro con MMG per ex asl o, in alternativa, invito ai GOM tramite email	>	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.97	<u>Sviluppare e aggiornare annualmente i Percorsi Oncologici attivi in ambito Aziendale per le principali neoplasie (consultabili sulla Intranet), da effettuarsi in collaborazione con i responsabili di patologia</u>	i-AZ07.97 Produzione del documento di creazione dei singoli Percorsi entro 31-12-2017 e di successiva revisione annuale degli stessi	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.98	<u>Condivisione degli indicatori di processo ed esito relativi alle principali neoplasie con il Coordinatore Aziendale e monitoraggio degli stessi. A seguire, analisi congiunta dei suddetti report con i coordinatori dei singoli GOM</u>	i-AZ07.98 Redazione quadrimestrale dei singoli report, entro le scadenze prestabilite	>	1,00	7,1	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
AZ07.99	<u>GOM preintervento</u>	i-AZ07.99 Monitoraggio della percentuale delle valutazioni GOM sul totale delle nuove diagnosi di neoplasia maligna effettuate all'interno delle strutture Aziendali (GOM "pre-trattamento") (da giugno)	>	1,00	7,1	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						

### 4 - Ob Az: ONCOLOGIA

2,4

2,4

P39O04.07	<u>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

### 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

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



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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	cio cts	
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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	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														

**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106\_HL08  
ROD

**U.O. CORD LIVORNO  
VALENZA AZIENDALE (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

112\_47L5 **ONCOLOGIA MEDICA (112)**

## 1 - Obiettivi MeS

20,0

14,8

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,3

1,9

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,5		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,4	12	99,46	1	1%	100%		*	1,4	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:												
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6								*		
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13	> N.	90,00	0,6								*		
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

13,9

10,1

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1	< N.	121,51	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,2	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		C5.1e	< N.	8,01	7,31	0,6	12	8,57	1	17%	30%	3	*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:												
<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1	<			0,0	12					0	*		
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:												
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	C4.9ass	<	358,00	358,00	0,6	12	381,00	23	6%	0%	*	0,0		
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
<b>C2a</b>	<b>Governo delle risorse economiche</b>	C2a.M_dip	<	13,43	13,43	1,4	12	8,54	-5	-36%	100%	2	*	1,4	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: - val obt: mantenimento - 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,2											cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,2	M		cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,2	12	80,00	0	0%	100%		*	1,2			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale															cts
				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		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti															cts
				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		cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															cts
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.		3,00	5,8	12	2,38	-1	-21%	79%		*	4,6			
		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 Versilia													

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,4			
		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													
	<b>Valutazione interna</b>	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													
	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M		cio
		Percentuale di assenza															cts
				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	1,4	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,4	M		cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts
				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

\* = 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

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>50,0</b>	<b>34,1</b>
3 - Obiettivi REGIONALI	27,6	12,9

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

RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	5,2	11							*	
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											non pervenuti ancora i risultati regionali
4 - Ob Az:					5,2									5,2
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_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*		3,4
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											assetto definito
AZ07.3	Approfondimenti genetici	i-AZ07.3	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*		1,7
		Definizione di un pdta entro aprile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,7									1,7
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a	> N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*		1,7
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					15,5									14,3
AZ07.121	Implementazione della attività di sperimentazione clinica per favorire la appropriatezza farmaceutica in oncologia e onco-ematologia	i-AZ07.121	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*		1,7
		partecipazione alle riunioni mensili della TASK FORCE di almeno un oncologo e del fixer da concordare con il direttore del DO	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											vedi report puntuale fornito da Allegrini
		i-AZ07.121b	>	1,00	1,7	12	0,30	-1	-70%	30%		*		0,5
		invio periodico al direttore del DO (entro 30 maggio, entro 30 settembre, entro 15 dicembre) di un report con l'elenco degli studi attivi presso il proprio centro e l'elenco dei farmaci ad alto costo dove è prevista una riduzione di spesa rispetto all'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											vedi report puntuale fornito da Allegrini
		i-AZ07.121c	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*		1,7
		invio da parte del direttore del DO dell'elenco aggiornato degli studi attivi in ATNO-AOUP (entro 15 giugno, entro 15 ottobre, entro 30 dicembre) a tutte le UOC di oncologia	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											vedi report puntuale fornito da Allegrini
AZ07.122	Adesione alle raccomandazioni regionali ITT (farmaci antineoplastici, utilizzo dei biosimilari per i fattori di crescita, denosumab)	i-AZ07.122	>	411.084,30	411.084,30	1,7	517.831,00	106.747	26%	100%		*		1,7 M
		Riduzione dei consumi 2017 rispetto 2016	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											somma dei consumi nei farmaci indicati nella raccomandazione

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.123</b>	<b>Partecipazione alle riunioni dei gruppi di lavoro interaziendali ATNO-AOUP di oncologia medica per le quattro patologie tumorali a più alta incidenza (mammella, polmone, colon retto e prostata)</b>	i-AZ07.123 Verbale che attesta la partecipazione (da inviare al direttore del dip. onco.)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.124</b>	<b>Revisione delle raccomandazioni terapeutiche per le quattro patologie tumorali</b>	i-AZ07.124 Produzione di un documento entro fine 2017	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>P39O01</b>	<b>Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)</b>	i-P39O01a Applicazione delle procedure condivise con ITT	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>P39O03.07</b>	<b>protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O03.07 applicazione	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sono state costituite schede di terapia sulla base dei criteri condivisi dal GdL e che vengono inviate al Dir. Dip per monitorare appropriatezza utilizzo farmaci						
<b>P39O04.07</b>	<b>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

				15,0		15,0						
				15,0		15,0						
<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>2017_Q3</b>	<b>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)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5
				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 ONCOLOGICO

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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

112\_47L5

**ONCOLOGIA MEDICA (112)**

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\_97L5 **EMATOLOGIA (112)**

## 1 - Obiettivi MeS

15,0

11,1

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

1,5

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		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	1,1	12	99,46	1	1%	100%	*	1,1	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,5						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,2

7,3

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1	< N.	121,51	0,5	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,2	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C5.1e	< N.	8,01	0,5	12	8,57	1	17%	30%	3	*	0,1	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:											
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	C4.9ass	<	162,00	0,5	12	162,00	0	0%	100%	*	0,5		
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
<b>C2a</b>	<b>Governo delle risorse economiche</b>	C2a.M_dip	<	1,79	0,5	12	3,67	2	105%	20%	2	*	0,1	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	0,9						*			cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	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	M	cio
		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,9	12	80,00	0	0%	100%	*	0,9		cio
		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		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											
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,5	12	2,38	-1	-21%	79%	*	3,6		
		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 Versilia											

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,3

2,3

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,1	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,1			
		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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,1	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

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							15,0		
<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.			15,0	12				100%	vr*	15,0		cio
		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		l'incremento corrisponde a +1%											

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	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

55,0

44,5

## 3 - Obiettivi REGIONALI

25,2

14,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	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_2SOS T_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2	>		4,6	12				83%	vr	3,8	
		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

punteggio medio di: bevacizumab vs aflivercet cetuximab vs panitumumab gefitinib vs erlotinib eprex vs binocrit

verificato che uno degli indicatori non raggiunto è ascrivibile a AUOPI

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_5	>	1,00	6,9	12	1,00	0	0%	100%	*	6,9	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	6,9	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,3	12	68,48	-22	-24%	76%	*	1,7	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										

		RT1.1	> %		0,0	12					*		
		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:										

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

RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	2,3	11					*		
		1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG\_T

## 4 - Ob Az:

0,0

<b>AZ_3PERS</b>	<b>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</b>	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								

4 - Ob Az: FARMACEUTICA	2,3	2,3
-------------------------	-----	-----

<b>P36O08</b>	<b>Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci</b>	i-P36O08a	> N.	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: ONCOEMATOLOGIA	27,5	27,5
---------------------------	------	------

<b>AZ07.125</b>	<b>Riorganizzazione delle modalità operative delle oncoematologie</b>	i-AZ07.125a	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Identificazione dei setting assistenziali per i pazienti ematologici e loro omogeneizzazione tra le varie UOS (stesura documento entro Maggio 2017, implementazione operativa entro Giugno 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.125b	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
Definizione della tipologia di ricovero ordinario ematologico (stesura Aprile 2017) e creazione lista ricoveri unica (Viareggio e Livorno) al fine di ottimizzare le risorse (entro Giugno 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.125c	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
Valutazione di fattibilità per l'attivazione di un servizio di Week Hospital al fine di ridurre i DRG ad alto rischio di inappropriatazza (410) (stesura documento di indirizzo entro Giugno 2017 e realizzazione entro Ottobre 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

<b>AZ07.126</b>	<b>Obiettivi di ricerca clinica</b>	i-AZ07.126a	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		a. Adesione ai gruppi di studio nazionali (FIL Fondazione Italiana Linfomi e GIMEMA Gruppo Italiano Malattie Ematologiche Maligne) al fine di estendere gli studi clinici no profit a tutte le realtà aziendali (Richiesta entro Maggio 2017, realizzazione ent	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.126b	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
Monitoraggio degli studi clinici attivi e indirizzamento dei pazienti eleggibili nelle strutture già operative (lista protocolli WEB Based entro Maggio 2017, indicatore numero di pazienti attivamente trasferiti al 31/12/2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

i-AZ07.126c	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
Attivazione di un gruppo di lavoro interaziendale con UOC Ematologia - Pisa (AUOP/ATNO) per la ripartizione e diffusione degli studi clinici attivi (realizzazione entro Giugno 2017)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI							

<b>AZ07.126</b>	<b>Obiettivi di ricerca clinica</b>	i-AZ07.126d Attivazione di studi clinici (profit o no profit) con reclutamento attivo (almeno due studi clinici per UOS entro dicembre 2017)	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
<b>AZ07.127</b>	<b>governo della spesa farmaceutica e strumentale</b>	i-AZ07.127a Creazione del Gruppo di Lavoro ATNO per la revisione delle indicazioni prescrittive sui farmaci innovativi ad alto costo	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127b Definizione del documento operativo sulla metodologia di lavoro di tale gruppo (entro Maggio 2017)	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127c Estensione del gruppo di lavoro a valenza interaziendale con UOC Ematologia – Pisa (AUOP/ATNO) (realizzazione entro Giugno 2017)	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127d Definizione delle linee guida di indirizzo e utilizzo appropriato per i primi due farmaci a maggior impatto economico (Rituximab e Bortezomib) (entro Giugno 2017) (indicatore volume di spesa primo semestre vs secondo semestre 2017)	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								
		i-AZ07.127e Definizione delle linee guida di indirizzo e utilizzo appropriato per i primi tre farmaci a maggior crescita economica (Ibrutinib, Pomalidomide e Idelalisib) (entro Giugno 2017, indicatore conservazione della percentuale di utilizzo rispetto al totale de	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL CAPOCHIANI								

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,3

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,3

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)								
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)								
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)								

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8		
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	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,7	cio cts	
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	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

112\_97L5

**EMATOLOGIA (112)**

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

202H 011

**COORD. ONCOLOGICO VERSILIA**

## 1 - Obiettivi MeS

10,0

7.7

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

5,5

3,2

[illegible]

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,5

4,5

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	2,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		2,3	
		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								
<b>Valutazione interna</b>		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								
<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>		E2	<	%.	13,99	6,77	0,0	12	13,94	7	106%	1%		0,0	M
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Asl/ NO fonte Conto Annuale del personale 2016								
							dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata								
		E3	<	%.	796,00	795,00	2,3	12	713,00	-82	-10%	100%		2,3	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								

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

75,0

62,3

### 3 - Obiettivi REGIONALI

11,4

8,9

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
<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_5	>	1,00	7,6	12	1,00	0	0%	100%	*	7,6	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	2,5	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
4 - Ob Az:					5,1							5,1	
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az: CORD					55,9							45,8	
AZ07.100	Funzionamento Gom	i-AZ07.100	>	1,00	7,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,8	
		Monitoraggio delle percentuali delle valutazioni GOM sul totale delle prime visite oncologiche effettuate (GOM "prima visita") (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													
AZ07.101	tempestività del percorso oncologico	i-AZ07.101	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
		Monitoraggio della percentuale dei pazienti oncologici che iniziano la chemioterapia entro dieci giorni dallo svolgimento del GOM/prima visita (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													
AZ07.102		i-AZ07.102	>		0,0	12					*		
		Monitoraggio della percentuale delle pazienti operate per tumore della mammella, candidate a ricevere ormonoterapia e solo radioterapia, che iniziano il trattamento radiante prima di 3 mesi dall'intervento, sul totale (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
VEDI MAIL ALLEGRIINI													
AZ07.90	Organizzazione CORD	i-AZ07.90	>	1,00	7,6	12	1,00	0	0%	100%	*	7,6	
		Definizione di un manuale organizzativo e di funzionamento dei CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
VEDI MAIL ALLEGRIINI													
AZ07.91	Monitoraggio dell'attività delle Accoglienze/TTT	i-AZ07.91	>	1,00	7,6	12	1,00	0	0%	100%	*	7,6	
		produzione trimestrale di report con riportato numero di visite effettuate di follow up e I visite oncologiche divise per patologia/specialità	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.92</b>	<u>istituzione dei diversi GOM di patologia con nomina per ciascun gruppo del relativo referente</u>	i-AZ07.92 adozione della delibera aziendale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.93</b>	<u>Compilazione verbale di presenza per ciascuna riunione Gom</u>	i-AZ07.93 Nr fogli presenze/GOM	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.94</b>	<u>Verifica della la compilazione dei verbali dei GOM discussi paziente per paziente</u>	i-AZ07.94 Nr referti/nr pazienti	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.95</b>	<u>Revisione periodica collegiale delle LG e loro integrazione con le novità scientifiche più rilevanti</u>	i-AZ07.95 redazione di relativo verbale almeno annuale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.96</b>	<u>Coinvolgimento nei percorsi oncologici dei MMG</u>	i-AZ07.96 Organizzazione di almeno un incontro con MMG per ex asl o, in alternativa, invito ai GOM tramite email	>	1,00	2,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.97</b>	<u>Sviluppare e aggiornare annualmente i Percorsi Oncologici attivi in ambito Aziendale per le principali neoplasie (consultabili sulla Intranet), da effettuarsi in collaborazione con i responsabili di patologia</u>	i-AZ07.97 Produzione del documento di creazione dei singoli Percorsi entro 31-12-2017 e di successiva revisione annuale degli stessi	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.98</b>	<u>Condivisione degli indicatori di processo ed esito relativi alle principali neoplasie con il Coordinatore Aziendale e monitoraggio degli stessi. A seguire, analisi congiunta dei suddetti report con i coordinatori dei singoli GOM</u>	i-AZ07.98 Redazione quadrimestrale dei singoli report, entro le scadenze prestabilite	>	1,00	7,6	12	1,00	0	0%	100%	*	7,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.99</b>	<u>GOM preintervento</u>	i-AZ07.99 Monitoraggio della percentuale delle valutazioni GOM sul totale delle nuove diagnosi di neoplasia maligna effettuate all'interno delle strutture Aziendali (GOM "pre-trattamento") (da giugno)	>	1,00	7,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						

4 - Ob Az: ONCOLOGIA **2,5** **2,5**

<b>P39O04.07</b>	<u>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

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

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

<b>2017_Q1</b>	<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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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	<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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
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	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	cio cts	
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbali 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

202H\_011

**COORD. ONCOLOGICO  
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)

UO/UF

202H\_012 **COORD. ONCOLOGICO APUANE\_LUN.**

## 1 - Obiettivi MeS

10,0

6,6

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

6,3

2,9

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<	49,51	30,00	1,8	12	46,81	17	56%	14%	0*	0,3	M	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,8							*		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	1,8	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,8	M	cio
		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									cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,8	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,8	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,7

3,7

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,8		
		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	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	1,8	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,8	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										

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

75,0

64,7

## 3 - Obiettivi REGIONALI

11,1

8,6

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
<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_5	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_6	>	1,00	2,5	11					*		
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
4 - Ob Az:					4,9							4,9	
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	4,9	12	1,00	0	0%	100%	*	4,9	
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az: CORD					56,6							48,7	
AZ07.100	Funzionamento Gom	i-AZ07.100	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		Monitoraggio delle percentuali delle valutazioni GOM sul totale delle prime visite oncologiche effettuate (GOM "prima visita") (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													
AZ07.101	tempestività del percorso oncologico	i-AZ07.101	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
		Monitoraggio della percentuale dei pazienti oncologici che iniziano la chemioterapia entro dieci giorni dallo svolgimento del GOM/prima visita (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													
AZ07.102		i-AZ07.102	>	1,00	2,5	12	0,30	-1	-70%	30%	*	0,7	
		Monitoraggio della percentuale delle pazienti operate per tumore della mammella, candidate a ricevere ormonoterapia e solo radioterapia, che iniziano il trattamento radiante prima di 3 mesi dall'intervento, sul totale (da giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
VEDI MAIL ALLEGRIINI													
AZ07.90	Organizzazione CORD	i-AZ07.90	>	1,00	7,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,7	
		Definizione di un manuale organizzativo e di funzionamento dei CORD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
VEDI MAIL ALLEGRIINI													
AZ07.91	Monitoraggio dell'attività delle Accoglienze/TTT	i-AZ07.91	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	
		produzione trimestrale di report con riportato numero di visite effettuate di follow up e I visite oncologiche divise per patologia/specialità	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
vedi report puntuale fornito da Allegrini													

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.92</b>	<b>istituzione dei diversi GOM di patologia con nomina per ciascun gruppo del relativo referente</b>	i-AZ07.92 adozione della delibera aziendale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.93</b>	<b>Compilazione verbale di presenza per ciascuna riunione Gom</b>	i-AZ07.93 Nr fogli presenze/GOM	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.94</b>	<b>Verifica della la compilazione dei verbali dei GOM discussi paziente per paziente</b>	i-AZ07.94 Nr referti/nr pazienti	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: 100% - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.95</b>	<b>Revisione periodica collegiale delle LG e loro integrazione con le novità scientifiche più rilevanti</b>	i-AZ07.95 redazione di relativo verbale almeno annuale	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.96</b>	<b>Coinvolgimento nei percorsi oncologici dei MMG</b>	i-AZ07.96 Organizzazione di almeno un incontro con MMG per ex asl o, in alternativa, invito ai GOM tramite email	>	1,00	2,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.97</b>	<b>Sviluppare e aggiornare annualmente i Percorsi Oncologici attivi in ambito Aziendale per le principali neoplasie (consultabili sulla Intranet), da effettuarsi in collaborazione con i responsabili di patologia</b>	i-AZ07.97 Produzione del documento di creazione dei singoli Percorsi entro 31-12-2017 e di successiva revisione annuale degli stessi	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.98</b>	<b>Condivisione degli indicatori di processo ed esito relativi alle principali neoplasie con il Coordinatore Aziendale e monitoraggio degli stessi. A seguire, analisi congiunta dei suddetti report con i coordinatori dei singoli GOM</b>	i-AZ07.98 Redazione quadrimestrale dei singoli report, entro le scadenze prestabilite	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						
<b>AZ07.99</b>	<b>GOM preintervento</b>	i-AZ07.99 Monitoraggio della percentuale delle valutazioni GOM sul totale delle nuove diagnosi di neoplasia maligna effettuate all'interno delle strutture Aziendali (GOM "pre-trattamento") (da giugno)	>	1,00	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi report puntuale fornito da Allegrini						

4 - Ob Az: ONCOLOGIA **2,5** **2,5**

<b>P39O04.07</b>	<b>procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</b>	i-P39O04.07 applicazione	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		in base delle agende strutturate secondo dimensionamento concordato a livello aziendale emerge che il follow up tendenzialmente rispetta le linee guida concordate						

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

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

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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)						

\* = 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 ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
		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 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
		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 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		
		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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	cio cts	
		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbali 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

202H\_012

**COORD. ONCOLOGICO  
APUANE\_LUN.**

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

202H\_021

## COORDINAMENTO AZIENDALE SCREENING

## 1 - Obiettivi MeS

40,0

36,9

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

32,1

32,1

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	>	%.	95,06	100,00	5,1	12	92,77	-7	-7%	100%	vr	4	5,1	
		Estensione corretta dello screening mammografico		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		verifica MeS - livello di calcolo Ausl NO										cts
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.1.2	>	%.	72,70	80,00	5,1	12	70,65	-9	-12%	100%	vr	3	5,1	
		Adesione corretta dello screening mammografico		Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica:		verifica MeS - livello di calcolo Ausl NO										
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.2.1	>	%.	99,74	100,00	5,1	12	107,39	7	7%	100%	vr	5	5,1	M
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato interno al 2018-08-31 media delle zone - livello Ausl NO										cts
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.2.2	>	%.	55,90	60,00	5,1	12	54,14	-6	-10%	100%	vr	5	5,1	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina		Fonte obt: mes - val obt: 60% - fonte verifica:		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														
		B5.3.1	>	%.	100,69	100,00	5,1	5	101,90	2	2%	100%	vr		5,1	M
		Estensione corretta dello screening coloretale		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:												cts
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		B5.3.2	>	%.	47,08	70,00	5,1	12	45,86	-24	-34%	100%	vr	1	5,1	
		Adesione corretta dello screening coloretale		Fonte obt: mes - val obt: 70% - fonte verifica:		verifica MeS - livello di calcolo Ausl NO										
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
B8	Gestione Dati	B8.1_scee	>			1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%			1,7	
		Tempestività di trasmissione del flusso degli screening		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email cosimi										

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

2,8

1,4

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,4							*			cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													cts
<hr/>																
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,4	M	cio
		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											cts

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

5,1

3,4

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	1,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,7
		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								

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

4 - Ob Az: SCREENING	10,9	10,9
----------------------	------	------

Pagina 92 di 113

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>AZ07.103</b>	<b>Monitoraggio andamento screening</b>	i-AZ07.103 Invio a coordinatore screening ed al direttore dipartimento dei dati di monitoraggio quadrimestrali entro la fine del mese successivo	>	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	dati inviati su richiesta									

<b>AZ07.104</b>	<b>Omogeneizzazione delle procedure a livello di ATNO</b>	i-AZ07.104 Definizione di: una modulistica comune; un documento di condivisione dei percorsi	>	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	vedi email cosimi									

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **13,3**

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)									

<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)									

<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)									

<b>2017_Q3</b>	<b>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)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		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)									

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	11	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7
		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									

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		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)									

<b>B3az</b>	<b>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</b>	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".

202H\_021

**COORDINAMENTO  
AZIENDALE SCREENING**

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)

D04B

## AREA RADIOTERAPIA

**Responsabile:** Manrico Bosio

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1FON912  
2**RADIOTERAPIA CARRARA****1 - Obiettivi MeS****20,0****16,4****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****3,2****2,2**

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	<b>2,2</b>	12	99,46	1	1%	100%	*	<b>2,2</b>	M	cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															

cts

B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	<b>0,9</b>									*		cio
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														

cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****12,4****9,7**

<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	19,85	30,00	<b>2,2</b>	12	22,35	-8	-26%	100%	5*	<b>2,2</b>		
Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane															

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	<b>1,9</b>							*		cio
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:															

cts

C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1.9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1.9	M	cio	
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)														cts
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														

cts

C6.6	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													
Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													

cts

C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
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													
cts													

cts

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	<b>4,5</b>	12	2,45	-1	-18%	82%	*	<b>3,6</b>		
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****4,5****4,5**

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

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



**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

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

Valutazione 2017

E	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)																		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0								
		Percentuale di assenza																		
		E3	< %.	796,00	795,00	2,2	12	713,00	-82	-10%	100%									
		Tasso di infortuni dei dipendenti																		

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	51.468,56	51.468,56	15,0	12	75.449,59	23.981	47%	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: da definire - fonte verifica:			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	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	
		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.							
RT_2SOST_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2	>		0,0	12							
		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		punteggio medio di: bevacizumav vs allivercet cetuximab vs panitumumab gefintinib vs erlotinib eprex vs binocrit							
RT_3STR_A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_A_3TAT_5	>	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%		6,1	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
		RT_3STR_A_3TAT_6	>	1,00	3,0	11							
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,5	12	1,14	-89	-99%	1%	*	0,0
				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 1° semestre)	> %	1,00	1,5	12	0,67	0	-33%	67%	*	1,0
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	79,56	87,52	1,5	12	15,00	-73	-83%	0%	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	3,0	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T								
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	3,0	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:					6,1							6,1
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_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%	*	6,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: assetto definito								
4 - Ob Az: RADIOTERAPIA					21,2							21,2
AZ07.80	Qualità dei dati	i-AZ07.80 definizione di un documento da inviare alla direzione entro Giugno che evidenzia i problemi di registrazione dei dati al fine dell'invio nei flussi informativi regionali	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								
AZ07.81	uniformazione del consenso informato	i-AZ07.81 predisposizione di un documento entro 31 Luglio ed invio ad UO rischio clinico	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								
AZ07.82	ottimizzazione dei controlli di qualità in radioterapia	i-AZ07.82 Definizione di una check ed applicazione entro settembre	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								

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

AZ07.83	omogeneizzazione del percorso terapeutico per la brachiterapia della prostata	i-AZ07.83 predisposizione di una procedura condivisa con gli urologi	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL DR. BOSIO						
AZ07.84	Studi clinici	i-AZ07.84 Adesione ad almeno 2 nuovi studi per UO entro fine anno	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL DR. BOSIO						
P40O01.07	Controllo spesa trasporti	i-P40O01.07 rispetto cronoprogramma per la prescrizione dei trasporti	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Nord 0 sud 1						
P40O03.07	protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa.	i-P40O03.07 applicazione	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Per le metastasi ossee la % di trattamento ipofrazionato è praticamente il 100%. Per quanto riguarda la mammella si supera ampiamente il 20%. Attualmente sfioriamo il 30%, nel 2018 arriveremo a circa il 50%. OBIETTIVO RAGGIUNTO						

## 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 Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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 attestazione della UOC Qualità'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5
				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

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

101\_1FON  
9122

**RADIOTERAPIA CARRARA**

Totale pesi 100,0

Per il punteggio finale  
si veda il report  
rieopilativo 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\_424112

**RADIOTERAPIA ONCOLOGICA LUCCA****1 - Obiettivi MeS****20,0****15,8****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****3,2****2,2**

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	<b>2,2</b>	12	99,46	1	1%	100%	*	<b>2,2</b>	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
		B8.4.13	> N.		90,00	<b>0,9</b>						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****12,4****9,1**

<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1	<	14,24	30,00	<b>2,2</b>	12	16,21	-14	-46%	100%	5*	<b>2,2</b>		
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	<b>1,9</b>						*			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	<b>1,9</b>	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	<b>1,9</b>	M	cio
		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									cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	<b>0,9</b>	12	11,20	8	273%	100%	5*	<b>0,9</b>	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	<b>0,9</b>	12	100,00	0	0%	100%	5*	<b>0,9</b>	M	cio
		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									cts
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.		3,00	<b>4,5</b>	12	2,08	-1	-31%	69%	*	<b>3,1</b>		
		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 Piana di Lucca									

**1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA****4,5****4,5**

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	<b>2,2</b>	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	<b>2,2</b>		
		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									

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

**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

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

Valutazione 2017

E	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)																		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0								
		Percentuale di assenza																		
		E3	< %.	796,00	795,00	2,2	12	713,00	-82	-10%	100%									
		Tasso di infortuni dei dipendenti																		

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	66.326,84	66.326,84	15,0	12	70.498,94	4.172	6%	75%	vr	3	11,2	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	
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	
		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.							
RT_2SOST_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2	>		0,0	12							
		2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		punteggio medio di: bevacizumav vs allivercet cetuximab vs panitumumab gefitinib vs erlotinib eprex vs binocrit							
RT_3STR_A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_A_3TAT_5	>	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%		6,1	
		5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
		RT_3STR_A_3TAT_6	>	1,00	3,0	11							
		6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

<b>RT_3STR A_3TAT</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa</b>	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,5	12	100,00	10	11%	100%		1,5
				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	1,5	12	0,83	0	-17%	83%		1,3
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	292,89	322,18	1,5	948,00	626	194%	100%		1,5
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								
<b>RT_3STR A_9SPE</b>	<b>STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche</b>	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	3,0	11						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T								
<b>RT_4QUA 1ES</b>	<b>QUALITA' DELLE CURE - Esiti</b>	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	3,0	11						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:					6,1							6,1
<b>AZ_3PER S</b>	<b>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</b>	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								
<b>AZ_BU</b>	<b>Breast Unit</b>	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%		6,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: assetto definito								
4 - Ob Az: RADIOTERAPIA					21,2							21,2
<b>AZ07.80</b>	<b>Qualità dei dati</b>	i-AZ07.80 definizione di un documento da inviare alla direzione entro Giugno che evidenzia i problemi di registrazione dei dati al fine dell'invio nei flussi informativi regionali	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								
<b>AZ07.81</b>	<b>uniformazione del consenso informato</b>	i-AZ07.81 predisposizione di un documento entro 31 Luglio ed invio ad UO rischio clinico	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								
<b>AZ07.82</b>	<b>ottimizzazione dei controlli di qualità in radioterapia</b>	i-AZ07.82 Definizione di una check ed applicazione entro settembre	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								

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



AZ07.83	omogeneizzazione del percorso terapeutico per la brachiterapia della prostata	i-AZ07.83 predisposizione di una procedura condivisa con gli urologi	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								
AZ07.84	Studi clinici	i-AZ07.84 Adesione ad almeno 2 nuovi studi per UO entro fine anno	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: VEDI MAIL DR. BOSIO								
P40O01.07	Controllo spesa trasporti	i-P40O01.07 rispetto cronoprogramma per la prescrizione dei trasporti	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Nord 0 sud 1								
P40O03.07	protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa.	i-P40O03.07 applicazione	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Per le metastasi ossee la % di trattamento ipofrazionato è praticamente il 100%. Per quanto riguarda la mammella si supera ampiamente il 20%. Attualmente sfioriamo il 30%, nel 2018 arriveremo a circa il 50%. OBIETTIVO RAGGIUNTO								

## 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 Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
				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 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5
				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

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 \* Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost. Scost. % 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

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\_42411  
2

**RADIOTERAPIA ONCOLOGICA  
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

106\_HL08RTE

## RADIOTERAPIA LIVORNO

## 1 - Obiettivi MeS

20,0

16,5

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,2

2,2

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	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/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale									cts
		B8.4.13	> N.		90,00	0,9						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

12,4

9,8

<b>C10a</b>	<b>Performance Chirurgia Oncologica</b>	C10.4.1	<	24,30	30,00	2,2	12	28,90	-1	-4%	100%	3*	2,2		
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno									
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,9						*			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	1,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,9	M	cio
		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									cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
		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									cts
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.		3,00	4,5	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,8		
		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 Livornese									

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,5

4,5

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>		55,00	2,2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	2,2		
		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									

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

**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

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

Valutazione 2017

E	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	2,2	12	713,00	-82	-10%	100%		2,2	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

F	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	5.960,12	5.960,12	15,0	12	6.764,46	804	13%	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:													cts
<p><i>Escluse spese occasionali (spesa occasionale se non presente nel 2016 né nel 2018). Incremento non significativo (+804,34€)</i></p>															
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:												
<p><i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i></p>															

### 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	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	<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_2SOST_1FARM	AZIONI PER LA SOSTENIBILITA' - Farmaceutica e dispositivi	RT_2SOST_1FARM_2 2) Consumi oncologici - Adesione alle raccomandazioni Regionali	>		0,0	12							<i>punteggio medio di: bevacizumav vs aflivercet cetuximab vs panitumumab gefintinib vs erlotinib eprex vs binocrit</i>
RT_3STR_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_5 5) riorganizzare il follow up oncologico con attivazione Punto servizi in ogni CORD	>	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%		6,1	
		RT_3STR_3TAT_6 6) Numero di agende dedicate di follow up oncologico costruite su base annua a scorrimento giornaliero >= 90%	>	1,00	3,0	11							<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,5	12	100,00	10	11%	100%		1,5	
			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)			> %		1,5	12	1,00			0%	*	0,0	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
			tolta Mezzotero in aspettativa e rientrata a lavoro dopo l'estate 2017										
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)			>	950,28	1.045,31	1,5	12	654,00	-391	-37%	0%	*	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	3,0	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
			non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	3,0	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
			non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:					6,1	6,1							
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_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%	*	6,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
			assetto definito										
4 - Ob Az: RADIOTERAPIA					21,2	21,2							
AZ07.80	Qualità dei dati	i-AZ07.80 definizione di un documento da inviare alla direzione entro Giugno che evidenzi i problemi di registrazione dei dati al fine dell'invio nei flussi informativi regionali	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
			VEDI MAIL DR. BOSIO										
AZ07.81	uniformazione del consenso informato	i-AZ07.81 predisposizione di un documento entro 31 Luglio ed invio ad UO rischio clinico	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
			VEDI MAIL DR. BOSIO										
AZ07.82	ottimizzazione dei controlli di qualità in radioterapia	i-AZ07.82 Definizione di una check ed applicazione entro settembre	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
			VEDI MAIL DR. BOSIO										

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

<b>AZ07.83</b>	<b>omogeneizzazione del percorso terapeutico per la brachiterapia della prostata</b>	i-AZ07.83 predisposizione di una procedura condivisa con gli urologi	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL DR. BOSIO							
<b>AZ07.84</b>	<b>Studi clinici</b>	i-AZ07.84 Adesione ad almeno 2 nuovi studi per UO entro fine anno	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL DR. BOSIO							
<b>P40O01.07</b>	<b>Controllo spesa trasporti</b>	i-P40O01.07 rispetto cronoprogramma per la prescrizione dei trasporti	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Nord 0 sud 1							
<b>P40O03.07</b>	<b>protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa.</b>	i-P40O03.07 applicazione	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Per le metastasi ossee la % di trattamento ipofrazionato è praticamente il 100%. Per quanto riguarda la mammella si supera ampiamente il 20%. Attualmente sfioriamo il 30%, nel 2018 arriveremo a circa il 50%. OBIETTIVO RAGGIUNTO							

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

<b>2017_Q1</b>	<b>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</b>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
			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)							
<b>2017_Q1b</b>	<b>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</b>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
			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)							
<b>2017_Q2</b>	<b>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</b>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, 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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
			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)							
<b>2017_Q3</b>	<b>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)</b>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità'	> N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
			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)							
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,5
			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

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

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 \* Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost. Scost. % 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 ONCOLOGICO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106\_HL08  
RTE

**RADIOTERAPIA 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)