

D02

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Responsabile: Aurelio Costa

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*

D02

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Responsabile:

Macrostruttura

D02 DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,1

2,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.2	>	0,9 - mes	77,65	90,00	0,3	12	76,55	-13	-15%	0%	*	0,0	
		Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		B20b.1080.1.3	>	0,9 - mes	78,56	90,00	0,3	12	95,42	5	6%	100%	*	0,3	M
		Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		B20b.1080.1.4	>	0,9 - mes	68,53	90,00	0,3	12	85,30	-5	-5%	78%	*	0,2	M
		Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		B20b.1080.1.5	>	0,9 - mes	78,79	90,00	0,3	12	89,61	0	0%	97%	*	0,3	M
		Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		B20b.1080.1.6	>	0,9 - mes	55,17	90,00	0,3	12	74,82	-15	-17%	56%	*	0,2	M
		Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		B20b.1080.1.9	>	0,9 - mes	73,97	90,00	0,3	12	78,84	-11	-12%	30%	*	0,1	M
		Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.		80,00	0,3		61,66	-18	-23%	77%	*	0,2	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		0,8 - mes											cts
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%	*	0,7	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		0,985 - mes											cio
															cts
		B8.4.11	>	N.	97,36	95,00	0,3						*		
		Qualità del flusso informativo SDO		0,95 - mes											

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B8	Gestione Dati	B8.4.12	> %.	36,33	90,00	0,3										
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	0,9 - mes													
		B8.4.13	> N.		90,00	0,3										
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - mes													
		B8.4.14	> N.		1,00	0,3	12	0,67	0	-33%	67%					
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza del percorso in caso di interventi in elezione e completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO	tolto - mes													
calcolato come media del grado di raggiungimento di ATNO dei due obiettivi B8.4.14a e B8.4.14b, compreso bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						27,1										20,8
C	Valutazione sanitaria	C10.2.1	>	80,03	1,00	1,0	12	87,02	86	8602%	100%	4	*	1,0	M	
		% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	-													
		C14.2a	<	2,04	1,92	0,3	12	1,62	0	-16%	100%	4	*	0,3	M	
		Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	1,92 - mes													
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,52	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	78%	4	*	0,2	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													
		C8b.2_prod	<	0,52	0,52	0,3	12	0,46	0	-12%	100%		*	0,3	M	
		% ricoveri oltre 30 gg	mantenimento - azienda													
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1	>	56,06	100,00	1,0	12	0,00	-100	-100%	0%	0	*	0,0		
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	100 - mes													
		C10.1.2	<	17,99	0,00	1,0	12	83,87	84	#Error	0%	0	*	0,0		
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	0 - mes													
		C10.1.3	>	66,55	100,00	1,0	12	85,46	-15	-15%	87%	3	*	0,9	M	
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	100 - mes													

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.4	>	40,10	0,00	1,0	12	20,15	20	#Error	100%	3 *	1,0	
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	0 - mes											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C10.4.1	<	26,40	30,00	1,0	12	29,05	-1	-3%	100%	3 *	1,0	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	-											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C10.4.2	<	55,48	30,00	1,0	12	49,81	20	66%	22%	*	0,2	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	-											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C10.4.3	<	18,46	30,00	1,0	12	18,05	-12	-40%	100%	5 *	1,0	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	-											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C10.4.4	<	26,31	30,00	1,0	12	28,93	-1	-4%	100%	3 *	1,0	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	-											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C10.4.5	<	50,47	30,00	1,0	12	32,13	2	7%	100%	2 *	1,0	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone	-											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	<	696,00	696,00	0,1	12	787,00	91	13%	0%	*	0,0	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	-											
														riccolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.			0,1	12				100%	vr 3 *	0,1	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	73,91 - mes											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
														La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture
C17	Riabilitazione	C17.1.3	< %.	16,43	9,23	0,3	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	0,3	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	9,23 - mes											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-0,29	-0,29	1,6	12	-0,41	0	39%	100%	2 *	1,6	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	mantenimento - azienda											
		C2a.M_dip	<	-0,53	-0,53	0,9	12	-0,52	0	-2%	20%	2 *	0,2	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	mantenimento - azienda											
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	67,36	60,86	0,3	12	60,17	-1	-1%	100%	4 *	0,3	M
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	60,86 - mes											dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %. 93,06 - mes	89,87	93,06	0,3	12	85,73	-7	-8%	30%	3 *	0,1	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO														
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %. 80,1 - mes	81,22	80,10	6,7	12	83,35	3	4%	100%	4 *	6,7	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3 - mes	2,61	3,00	0,6								
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. 8 - azienda	5,99	8,00	0,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,6	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. >=80 - mes	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		0,6	
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. >=75 - mes	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,6	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> % >=3 - mes	2,66	3,00	0,3	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,3	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 - mes	83,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,3	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. 159,8 - mes	204,53	159,80	2,0	12	201,34	42	26%	37%	3 *	0,7	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,8

2,3

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,7	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	0,55 - mes	valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale										
<hr/>														
	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										

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	1,6	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
		Percentuale di assenza	6,77 - mes												cts

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

		E3	< %.	796,00	795,00	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%		1,6	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente												cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	33.026.756,16	33.026.756,16	15,0	12	34.071.758,58	1.045.002	3%	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

35,0

24,7

3 - Obiettivi REGIONALI

18,1

10,8

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	-											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.

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10	>		1,00	1,2	12	0,82	0	-18%	82%		1,0	
		esofago	10 esofagectomie per struttura org.tiva - DM70											

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->81,82%

		DM70.11	>			1,2	12				75%	vr	0,9	
		GIST	10 diagnosi - DM70											

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->72,7%

DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]".

Nessun intervento dopo maggio 2017->bonus 75%

		DM70.2	>		1,00	1,2	12	0,59	0	-41%	59%		0,7	
		Colecistectomia laparoscopica	100 - DM70											

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->63,63%

		DM70.3	>		1,00	1,2	12	0,77	0	-23%	77%		0,9	
		Intervento chirurgico per frattura di femore	75 - DM70											

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->92,85%

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	0,64	0	-36%	64%		*	0,8	
				30 e 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - DM70										non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->72,72%
		DM70.9 surrene	>		1,2	12				75%	vr	*	0,9	
				10 nuove diagnosi all'anno per struttura;10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - DM70										non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->63,63%
														DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]". Nessun intervento dopo maggio 2017->bonus 75%
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STR_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> -	1,00	1,2	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STR_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	> -	1,00	1,2	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STR_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> 0,9 - RT	90,00	1,2	12	97,29	7	8%	100%		*	1,2	
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> % 1 - AZ	1,00	1,2	12	0,50	0	-50%	50%		*	0,6	
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	> 0,1 - AZ	28.547,15	31.401,86	1,2	28.863,00	-2.539	-8%	11%		*	0,1	M
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	1,2	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	> -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	import del 2018-09-13 univoci - Roberto chiede a Di Gianni
4 - Ob Az:					3,6								3,6	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ_3PER	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12						*	
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	-										
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	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	-										
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	-										
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	-										
Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018													
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	0,0	11	0,64	0	-36%	64%		*	0,0
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	1 - AZ										
Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)													
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					2,4								1,5
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	-										
Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture													
P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	1,2	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0,3
		Definizione linee guida	-										
Inviato Documento SNLG 2011													
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					1,2								0,9
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,9
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	-										
Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente													
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,4								2,4
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	-										
import del 2018-09-13 univoci - Gli orari degli sportelli sono stati ampliati. Da capire se sono state riviste le modalità di dimissione													
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	-										
PROGETTUALITA DIP													
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					2,4								2,4

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> % -	280,00 -	308,00	1,2	12	341,00	33	11%	100%	*	1,2	M
calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie														

i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< % -	25,00 -	25,00	1,2	12	24,00	-1	-4%	100%	*	1,2	M
Valore dei presidi aziendali												

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO 1,2 0,9

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85 Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	> % -	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018												

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 1,2 0,6

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	> % -	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6
il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee è stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo												

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

AZ07.29	appropriatezza protesi acustiche	i-AZ07.29 Attuazione protocollo di assegnazione	> % -	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Riab. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono stati												

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE 1,2 0,3

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/2017) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	> % -	1,00	1,2	11	0,25	-1	-75%	25%	*	0,3
import del 2018-09-13 univoci - al momento presente una bozza di lista protesi												

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 12,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 12,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N. -	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N. -	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
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".

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N. -	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	
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. <i>verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12</i>	1,00	3,0						3*		
- 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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	
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													

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D02	DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE	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)

D02A

AREA DELLE CHIRURGIE GENERALI

Responsabile: Maurizio Viti

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH100

UOC CHIRURGIA GENERALE LUNIGIANA

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,7

4,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4	>	%.	89,20	90,00	2,7	12	91,21	1	1%	100%		2,7	M
		Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		0,2		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest									cts
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		0,7	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale									cts
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,3									
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,3									
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	>	N.	90,00	0,3									
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cio
		B8.4.14a	>		0,37	0,80	0,5	12	0,49	0	-39%	58%	3	0,3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)									
		B8.4.14b	>	N.	0,93	0,95	0,5	12	0,95	0	0%	100%		0,5	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											cio

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,9

19,6

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	<	%.	51,29	0.2	12	33,28			100%	1*	0.2	M
		Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,32	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	93%	4 *	0,3	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				C5.1e	< N.	8,51	7,31	2,0	12	9,63	2	32%	20%	2 *	0,4	
				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: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)								
				C8b.2_prod	<	0,25	0,25	2,0	12	0,24	0	-4%	100%	*	2,0	M
				% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>	66,55	100,00	2,7	12	85,46	-15	-15%	87%	3 *	2,4	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				C10.1.4	>	0,00	0,00	2,7	12	149,00	149	#Error e	0% vr	3 *	0,0	M
				Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
				dato di presidio+fascia mes presidio												
				C10.4.3	<	12,50	30,00	2,7	12	18,05	-12	-40%	100%	5 *	2,7	
				Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
				C10.4.4	<	36,86	30,00	2,7	12	28,93	-1	-4%	100%	3 *	2,7	M
				Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	0,3		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
				C4.9ass	<	35,00	35,00	0,1	12	31,00	-4	-11%	100%	*	0,1	M
				DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,1	12				100% vr	0 *	0,1		
				Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,57	-0,57	2,0	12	-0,52	0	-8%	20%	2 *	0,4		
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
				C2a.M_dip	<	-1,21	-1,21	1,6	12	-0,67	1	-44%	20%	2 *	0,3	
				Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	83,51	60,86	0,7	12	67,74	7	11%	100%	4 *	0,7	M		
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana											
			C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	53,29	93,06	3,4	12	95,36	2	2%	100%	5 *	3,4	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,7							*		cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
			C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,7	M cio cts	
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
			C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,7	12	80,00	0	0%	100%		*	0,7	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
			C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,7	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,7	cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
			C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,7	M cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
			C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,7	M cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,4									1,4	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	0,7	
			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											
			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											
			E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0 *	0,0	M cio 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													

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

Pagina 17 di 349

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]										
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11							
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	12,95	-77	-86%	14%		0,2	
			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	1,2	12	0,29	-1	-71%	28%		0,3	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	66,63	73,30	1,2	12	76,00	3	4%	100%	1,2	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
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	1,2	11							
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11							
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP										
4 - Ob Az:					8,4							7,1	
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										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018									
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	3,6	12	0,64	0	-36%	64%	*	2,3	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
				Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)									
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					4,8								3,5
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture									
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Inviato Documento SNLG 2011									
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					1,2								0,9
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente									
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,6								1,6
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				PROGETTUALITA DI									
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					1,2								1,2
P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	vr	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Valore di presidio									
4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO					1,2								0,9
				Valore di presidio									

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

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	0,9
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018						

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

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

inviati verbali

		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	2,0
		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
		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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
1009

**UOC CHIRURGIA GENERALE
LUNIGIANA**

Totale pesì 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

101_1FCH200

UOC CHIRURGIA GENERALE APUANE

9

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

1,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4 Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	77,61	90,00	2,4	12	79,03	-11	-12%	11%	*	0,3	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,2	cio		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,3						*				
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3						*				
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3						*				
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,37	0,80	0,4	12	0,49	0	-39%	58%	3	*	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:													
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,93	0,95	0,4	12	0,95	0	0%	100%	*	0,4	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,9

24,2

C	Valutazione sanitaria	C10.2.1	>	87,72	82,93	2,4	12	84,39	1	2%	100%	4	*	2,4
		% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Fonte obt: mes - val obt: 82,93 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									

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

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	< %.	56,63	0,2	12	33,28				100%	1*	0,2	M
		Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	75%	4*	0,2	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	1,8	12	8,70	1	19%	30%	3*	0,5	
		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									
		C8b.2_prod	<	1,57	1,57	1,8	12	1,07	-1	-32%	100%	*	1,8	M
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	>	100,00	100,00	2,4	12	100,00	0	0%	100%	5*	2,4	
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									
		C10.1.4	>	0,87	0,00	2,4	12	0,00	0	#Error	100%	vr 3*	2,4	
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
		dato di presidio+fascia mes presidio												
		C10.4.1	<	19,85	30,00	2,4	12	22,35	-8	-26%	100%	5*	2,4	
		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									
		C10.4.3	<	10,53	30,00	2,4	12	15,89	-14	-47%	100%	5*	2,4	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									
		C10.4.4	<	23,27	30,00	2,4	12	16,33	-14	-46%	100%	5*	2,4	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,3	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	66,00	66,00	0,1	12	62,00	-4	-6%	100%	*	0,1	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									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.			0,1	12				100%	vr 3*	0,1	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									

La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,28	0,28	1,8	12	0,55	0	93%	20%	2*	0,4			
					Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,50	-0,50	1,4	12	0,11	1	-122%	20%	2*	0,3			
					Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	<	N.	92,89	60,86	0,6	12	79,45	19	31%	82%	4*	0,5	M	
					Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica:											
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	64,26	93,06	2,9	12	82,78	-10	-11%	94%	3*	2,8	M	
					Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	0,6						*			
					Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	0,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,6	M	
					Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:											
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6		
					Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,6		
					Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M	
					Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:											
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M	
					Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							1,2							1,2		
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00		0,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,6	
					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

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

[illegible]

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	846.164,39	846.164,39	15,0	12	843.819,00	-2.345	0%	100%	vr	3 *	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,68 vs MPond strutt: 5,93)										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12						*			cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										16.0	5.9			
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: <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>														
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10	esofago	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica: NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]														
		DM70.11	GIST	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]														
		DM70.2	Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]														

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica:											
			RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]											

4 - Ob Az:

8,2

6,9

* = 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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P17001	<u>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</u>	i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	6,00	6,00	1,2	12	4,00	-2	-33%	100%	*	1,2	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO	1,2	0,9
----------------------------	-----	-----

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018						

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

Pr2017	<u>Programma regionale di Osservazione degli Esiti</u>	i-pr_onco_1 Interventi conservativi K mammella, reinterventi 120g per 100	<	2,07	8,00	1,2	12	2,29	-6	-71%	100%	1,2
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		prose 2017; l'obiettivo è il limite superiore dello spine chart; a decrescere							

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
------------------------	------	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
------------------------	------	------

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
			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	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)					

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	* 2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,6	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									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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	* 2,0	cio cts	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)								
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3* 0,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati													

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_1FCH
2009

**UOC CHIRURGIA GENERALE
APUANE**

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

101 1FCH210

10 SEZ. CHIRURGIA CICLO BREVE

3

1 - Obiettivi MeS

15.0

12,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,1

1,5

B8	Gestione Dati														
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		0,0	12						*			cio
		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											cts
la struttura non chiude sdo															
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%	*	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							*			
		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,37	0,80	0,3	12	0,49	0	-39%	58%	3 *	0,1	M	
		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- _Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,93	0,95	0,3	12	0,95	0	0%	100%	*	0,3	M	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

9,2

7,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	125,27	120,00	0,5	12	123,44	3	3%	75%	4 *	0,4	M
Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO														
C14	Appropriatezza medica	C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<			0,0	12							
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,45	-1,45	2,6	12	-1,48	0	2%	100%	2 *	2,6	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
calcolato considerando i pazienti eleggibili alla week surgery (programmatic con degenza <=5gg)														
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			0,0	12					2 *		
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	92,89	60,86	0,5	12	79,45	19	31%	82%	4 *	0,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica:										
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	82,45	93,06	0,5	12	82,78	-10	-11%	33%	3 *	0,2	M
				Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0								
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,0	M
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:										
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,0	12	80,00	0	0%	100%		1,0	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,0	12	98,00	23	31%	100%	5 *	1,0	
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - 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
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,5	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,6

3,6

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,1	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:										
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12							
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0 *	0,0	M
				Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - 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

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

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

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

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

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	55,0	48,7
3 - Obiettivi REGIONALI	8,5	5,7

RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
--------------------------------	---	---	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Fonte obt.: val obt.: fonte verifica:

RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:	<div style="border: 1px solid orange; padding: 2px; width: 80px; float: left;">0,0</div> <div style="float: right;"> <input type="text" value="12"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="clear: both;"></div>
--	---	--	---

	RT1.2	>	0.0	12						*	
	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									

martedì 12 marzo 2019

4 - Ob Az:	2,8	2,8
------------	-----	-----

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA	29,6	27,5
----------------------------	------	------

AZ07.140	Implementazione del Centro Chirurgia Polispecialistica ambulatoriale Monoblocco Carrara con nuovi servizi	i-AZ07.140	>	1,00	8,0	12	1,00	0	0%	100%	*	8,0
		Implementazione attività ginecologia e Wound Care	Fonte obt: AZ - val obt: si - fonte verifica:		<i>L'attività di Wound Care è iniziata nell'anno 2017; L'attività è svolta il martedì pomeriggio e il venerdì mattina con circa 60 pazienti a seduta. Per quanto riguarda invece la ginecologia, oltre all'attività di sala operatoria che avviene il martedì e il giovedì mattina con circa 5 pazienti a seduta, la struttura Chirurgia Ambulatoriale Specialistica garantisce spazi di attività ambulatoriali che si svolgono dal lunedì al venerdì compreso il martedì pomeriggio.</i>							

AZ07.141	Uniformazione dei modelli organizzativi	i-AZ07.141	>	1,00	8,0	12	1,00	0	0%	100%	*	8,0
		Diffusione in ATNO del modello organizzativo Chirurgia ciclo breve ex Asl101	Fonte obt: AZ - val obt: si - fonte verifica:		<i>Si è provveduto, secondo le indicazioni della Direzione Aziendale, ad estendere a livello dipartimentale il modello organizzativo della Chirurgia a Ciclo Breve, confermando la necessità di poter usufruire di percorsi unici per quello che riguarda la Day Surgery e la Week Surgery. In particolare si è introdotto il concetto di Chirurgia ambulatoriale complessa, nuovo percorso regionale per il trattamento delle patologie indicate.</i>							

		i-AZ07.141b	>	1,00	8,0	12	1,00	0	0%	100%	*	8,0
		Adeguamento organizzativo della attività ciclo breve in rapporto alla applicazione del nuovo regolamento di sala operatoria presso Ospedale Apuane	Fonte obt: AZ - val obt: si - fonte verifica:		<i>Presso l'Ospedale delle Apuane, la Day Surgery è inserita nel regolamento del Percorso Chirurgico attraverso un regolamento autonomo che prevede ricoveri e percorsi di sala operatoria dedicati. Mentre per quello che riguarda la Week Surgery è inserita nella programmazione ordinaria, con spazi operatori e di ricovero dedicati alle tipologie di intervento che consentano ricovero breve (da uno a 5 gg).</i>							

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture</i>							

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	2,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>Inviato Documento SNLG 2011</i>							

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE	2,8	2,1
-------------------------------	-----	-----

AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>	1,00	2,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,1
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente</i>							

4 - Ob Az: D.M.P.O.	5,7	5,7
---------------------	-----	-----

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>PROGETTUALITA DI</i>							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>PROGETTUALITA DIP</i>							

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO	2,8	2,1
----------------------------	-----	-----

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

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	2,8	11	0,75	0	-25%	75%	*	2,1
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE	2,8	2,8
---------------------------	-----	-----

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)	i-AZ07.43	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

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

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accREDITAMENTO (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITAMENTO previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITAMENTO (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0
		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	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
		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
		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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
2103

**SEZ. CHIRURGIA CICLO
BREVE**

Totale pesì 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_420081

UOC CHIRURGIA GENERALE LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

19,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

1,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4	>	81,09	90,00	2,4	12	80,37	-10	-11%	0%	*	0,0		
		Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,2		cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										cts	
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										cts	
		B8.4.11	> N.	97,36	0,3						*				
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,3						*				
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,3						*			cio	
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cts	
		B8.4.14a	>	0,35	0,80	0,4	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,2	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165_ - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	> N.	1,08	0,95	0,4	12	1,12	0	18%	100%	*	0,4	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,9

16,5

C	Valutazione sanitaria	C10.2.1	>	88,99	82,93	2,4	12	90,42	7	9%	100%	5	2,4	M
		% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Fonte obt: mes - val obt: 82,93 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									

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

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	19,66		0,2	12	33,28			100%	1*	0,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	126,60	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	88%	4*	0,2	M
			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.	9,77	7,31	1,8	12	9,21	2	26%	43%	2*	0,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	1,95	1,95	1,8	12	1,97	0	1%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>	100,00	100,00	2,4	12	99,39	-1	-1%	50%	5*	1,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>	0,00	0,00	2,4	12	0,91	1	#Error e	50% vr	5*	1,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
			dato di presidio+fascia mes presidio											
		C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	14,24	30,00	2,4	12	16,21	-14	-46%	100%	5*	2,4	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	29,55	30,00	2,4	12	32,30	2	8%	30%	3*	0,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	40,57	30,00	2,4	12	54,83	25	83%	0%	0*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	4,55	1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	44,00	44,00	0,1	12	51,00	7	16%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	33,18	73,91	0,1	12	69,46	-4	-6%	100%	3*	0,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	0,77	0,77	1,8	12	0,97	0	26%	20%	2	*	0,4		
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
		C2a.M_dip	<	1,30	1,30	1,4	12	2,04	1	57%	20%	2	*	0,3		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	<	N.	21,32	60,86	0,6	12	24,10	-37	-60%	100%	5	*	0,6	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Piana di Lucca													
		C4.12	>	%.	81,90	93,06	2,9	12	91,88	-1	-1%	100%	4	*	2,9	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	0,6						*			
		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	0,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	0,6	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													
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6		
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.5.6	>	N.	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5	*	0,6	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.6	>	%	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5	*	0,6	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.7.1	>	N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5	*	0,6	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,2										1,2
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,6		
		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 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".

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 Asl/ NO fonte Conto Annuale del personale 2016															
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata																	
			E3	< %.	796,00	795,00	0,6	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,6	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															

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	8,2
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	792.136,18	792.136,18	15,0	12	869.729,62	77.593	10%	55%	vr	3 *	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,68 vs MPond strutt: 5,15)									cts
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										16.0	9.2		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	
		esofago	Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]								
		DM70.11	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	
		GIST	Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]								
		DM70.2	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	
		Colecistectomia laparoscopica	Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]								

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]									
		DM70.9 surrene	>		1,2	12				75%	vr	0,9
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]". Nessun intervento dopo maggio 2017->bonus 75%									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	100,00	10	11%	100%		1,2
			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	1,2	12	0,44	-1	-56%	44%		0,5
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	854,31	939,74	1,2	12	1.501,00	561	60%	100%	1,2
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,2						6,9	

* = 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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	5,00	5,00	1,2	12	2,00	-3	-60%	100%	1,2	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio								

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO	1,2	0,9
----------------------------	-----	-----

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018						

4 - Ob Az: SENOLOGIA	1,2	0,0
----------------------	-----	-----

Pr2017	Programma regionale di Osservazione degli Esiti	i-pr_onco_1	<	9,54	8,00	1,2	12	11,97	4	50%	0%	*	0,0
		Interventi conservativi K mammella, reinterventi 120g per 100	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		prose 2017; l'obiettivo è il limite superiore dello spine chart; a decrescere								

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
------------------------	------	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
------------------------	------	------

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	* 2,7
			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	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
			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)					
			partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato								

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	* 2,7
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)					

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	* 2,7
			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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6	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								

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
1

**UOC CHIRURGIA GENERALE
LUCCA**

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

102_420082 UOC CHIRURGIA GENERALE VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,7

1,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4	>	68,69	90,00	2,7	12	68,00	-22	-24%	0%	*	0,0		
		Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,2		cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										cts	
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%	*	0,7	M	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										cts	
		B8.4.11	> N.	97,36	0,3						*				
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,3						*				
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,3						*			cio	
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cts	
		B8.4.14a	>	0,35	0,80	0,5	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	> N.	1,08	0,95	0,5	12	1,12	0	18%	100%	*	0,5	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,9

19,1

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	< %.	23,26	0,2	12	33,28			100%	1	*	0,2	
		Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	130,50	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	100%	4 *	0,3	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				C5.1e	< N.	10,18	7,31	2,0	12	12,09	5	65%	0%	0 *	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)										
				C8b.2_prod	<	0,00	0,00	2,0	12	0,00	0	#Error e	100%	*	2,0	
				% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>	66,55	100,00	2,7	12	85,46	-15	-15%	87%	3 *	2,4	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				C10.1.4	>	148,00	0,00	2,7	12	149,00	149	#Error e	0% vr	3 *	0,0	M
				Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
				dato di presidio+fascia mes presidio												
				C10.4.3	<	22,50	30,00	2,7	12	18,05	-12	-40%	100%	5 *	2,7	M
				Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
				C10.4.4	<	26,31	30,00	2,7	12	28,93	-1	-4%	100%	3 *	2,7	
				Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	0,3		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
				C4.9ass	<	1,00	1,00	0,1	12	6,00	5	500%	0%	*	0,0	
				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								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,1	12				100% vr	3 *	0,1		
				Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,52	-1,52	2,0	12	-1,13	0	-26%	20%	2 *	0,4		
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
				C2a.M_dip	<	-1,43	-1,43	1,6	12	0,16	2	-111%	20%	2 *	0,3	
				Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	39,95	60,86	0,7	12	42,44	-18	-30%	100%	5*	0,7	
				Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,66	93,06	3,4	12	100,14	7	8%	100%	5*	3,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,7								cio cts
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,7	M cio cts
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,7	12	80,00	0	0%	100%		0,7	cio cts
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,7	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,7	cio cts
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,7	M cio cts
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,7	M cio cts
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,4							1,4	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,7	
				Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:										valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12							annullato, si veda email SDGrande del 10/10
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio 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

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

Pagina 49 di 349

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	100,00	10	11%	100%	*	1,2
			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	1,2	12	0,67	0	-33%	67%	*	0,8
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	250,62	275,69	1,2	242,00	-34	-12%	0%	*	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11					*	
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,4							
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					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018									
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	3,6	12	0,64	0	-36%	64%	*	2,3
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica: Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32									
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					4,8	3,5						
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture									
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	1,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviato Documento SNLG 2011									
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					1,2	0,9						
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente									
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,6	1,6						
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DI									
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					1,2	1,2						
P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a	< %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	vr *	1,2
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Valore di presidio									
4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO					1,2	0,9						

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

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	0,9
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018						

5 - Obiettivi QUALITA'

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

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	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
----------	---	------------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
---------	---	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	2,0
------	---	-----	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

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

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

verbalì 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

		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	2,0
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	-----

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)

cio
cts

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	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

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
2

**UOC CHIRURGIA GENERALE
VDS**

Totale pesì 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_BD103220

UOC CHIRURGIA GENERALE AVC

5

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,7

4,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4 Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	100,00	90,00	2,7	12	95,79	6	6%	100%	*	2,7	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,2		cio cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%	*	0,7	M cio cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,3						*			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	>	%.	36,33	0,3						*			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3						*			cio cts
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	0,5	12	0,67	0	-16%	30%	3	0,2	
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	0,5	12	0,96	0	1%	100%	*	0,5	cio
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,9

25,4

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	<	%.	16,17	0,2	12	33,28			100%	1	*	0,2
		Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	130,35	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	100%	4 *	0,3	M
			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.	10,44	7,31	2,0	12	9,77	2	34%	41%	2 *	0,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	1,33	1,33	2,0	12	0,00	-1	-100%	100%	*	2,0	M
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>	0,00	100,00	2,7	12	85,46	-15	-15%	100%	3 *	2,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>	148,00	0,00	2,7	12	0,00	0	#Error e	100%	vr 3 *	2,7	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
			dato di presidio+fascia mes presidio											
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	13,17	30,00	2,7	12	10,50	-20	-65%	100%	5 *	2,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	6,00	30,00	2,7	12	8,00	-22	-73%	100%	5 *	2,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	0,3	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	8,00	8,00	0,1	12	13,00	5	63%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
			ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %			0,1	12				100%	vr 4 *	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,35	0,35	2,0	12	-0,33	-1	-195%	100%	2 *	2,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,32	-0,32	1,6	12	-0,68	0	109%	100%	2 *	1,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS								cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa														
Euro01	< €.	183.328,75	183.328,75	15,0	12	128.502,99	-54.826	-30%	100%	vr	3	15,0	M	cio
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,68 vs MPond strutt: 6,36)										
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	16,5	8,9
-------------------------	------	-----

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70
esofago	DM70.10 Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica: <div>> 1,00<div>1,2</div><div>12</div><div>1,00</div><div>0</div><div>0%</div><div>100%</div>*<div>1,2</div><div>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]</div></div>
GIST	DM70.11 Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica: <div>> 1,00<div>1,2</div><div>12</div><div>1,00</div><div>0</div><div>0%</div><div>100%</div>*<div>1,2</div><div>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]</div></div>
Colecistectomia laparoscopica	DM70.2 Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica: <div>> 1,00<div>1,2</div><div>12</div><div>0,00</div><div>-1</div><div>-100%</div><div>0%</div>*<div>0,0</div><div>NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]</div></div>
PANCREAS	DM70.8 Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: <div>> 1,00<div>1,2</div><div>12</div><div>1,00</div><div>0</div><div>0%</div><div>100%</div>*<div>1,2</div><div>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]</div></div>

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	100,00	10	11%	100%		1,2
			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	1,2	12	0,71	0	-29%	71%		0,9
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	678,77	746,65	1,2	232,00	-515	-69%	0%		0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,4							7,1
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									

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018									
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	3,6	12	0,64	0	-36%	64%	*	2,3	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
				Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32									
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					4,8								3,5
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture									
P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Inviato Documento SNLG 2011									
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					1,2								0,9
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente									
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,6								1,6
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				PROGETTUALITA DI									
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					1,2								1,2
P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico, considerati gli ampi spa	i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	0,00	0,00	12	0,00	0	#Error e	100%	*	1,2	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
				Valore di presidio									
4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO					1,2								0,9

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

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	0,9
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018						

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,2
------------------------	------	------

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

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	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
----------	---	------------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
---------	---	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	-----

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,0	12	1,00	-2	-67%	63%	1,3
------	---	-----	------	------	-----	----	------	----	------	-----	-----

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

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

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

cio
cts

		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	2,0
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	-----

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)

cio
cts

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	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

cio
cts

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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
32205

**UOC CHIRURGIA GENERALE
AVC**

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_BD103330

4 UO CHIRURGIA GENERALE VDE (105)

1 - Obiettivi MeS

35,0

20,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

3,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4 Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	92,75	90,00	2,4	12	92,65	3	3%	100%	*	2,4	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,2		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,3						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3						*			cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	0,4	12	0,67	0	-16%	30%	3	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
			Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	0,4	12	0,96	0	1%	100%	*	0,4	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,9

15,4

C	Valutazione sanitaria	C10.2.1	>	69,81	82,93	2,4	12	83,65	1	1%	100%	0*	2,4	M
		% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Fonte obt: mes - val obt: 82,93 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									

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

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	19,47		0,2	12	33,28			100%	1	*	0,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	124,72	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	67%	4	*	0,2	M
			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.	9,26	7,31	1,8	12	9,68	2	32%	20%	2	*	0,4	
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,35	0,35	1,8	12	0,26	0	-26%	100%		*	1,8	M
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>	0,00	100,00	2,4	12	0,00	-100	-100%	0%	0	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>	65,00	0,00	2,4	12	46,00	46	#Error e	49%	vr 2	*	1,2	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
			dato di presidio+fascia mes presidio												
		C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<	18,74	30,00	2,4	12	33,55	4	12%	0%	0	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	19,20	30,00	2,4	12	19,33	-11	-36%	100%	5	*	2,4	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	14,73	30,00	2,4	12	42,24	12	41%	0%	1	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	0,3	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	42,00	42,00	0,1	12	67,00	25	60%	0%		*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,1	12				100%	vr 3	*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										

La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,66	0,66	1,8	12	0,05	-1	-92%	100%	2 *	1,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,54	0,54	1,4	12	-0,25	-1	-146%	100%	2 *	1,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	115,75	60,86	0,6	12	60,17	-1	-1%	100%	4 *	0,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	78,65	93,06	2,9	12	55,89	-37	-40%	0%	1 *	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)											
			ricalcolato valore di struttura											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,6						*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,6	M
			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	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,6	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,2								
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr *	0,6	
			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											

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI										35,0	26,4		
3 - Obiettivi REGIONALI										16,5	11,2		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Transparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1,2	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10	esofago	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1,2	
Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:													
RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]													
		DM70.11	GIST	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1,2	
Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:													
RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]													
		DM70.2	Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	1,2	
Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:													
RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]													

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]									
		DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	100,00	10	11%	100%		1,2
			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)	>	%	1,2	12	0,56	0	-44%	56%		0,7
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	632,03	695,23	1,2	741,00	46	7%	100%		1,2
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,4							7,1

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

Valutazione 2017

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	vr	*	1,2
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

Valore di presidio

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO	1,2	0,9
----------------------------	-----	-----

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85 Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	>		1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%		*	0,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018									

5 - Obiettivi QUALITA'

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
---------	--	--	------	--	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----

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	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
----------	---	---	------	--	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
---------	---	---	------	--	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
---------	--	--	------	--	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----

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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,0
------	---	--	------	--	------	-----	----	------	---	----	------	---	---	-----

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

cio
cts

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

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)

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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

105_BD10
33304

**UO CHIRURGIA GENERALE
VDE (105)**

Totale pesì **100,0**

Pesì
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_HC03CG

UOC CHIRURGIA GENERALE CECINA

E

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,2

5,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4 Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	89,69	90,00	3,0	12	96,61	7	7%	100%		3,0	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		*	0,7	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,3							*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3							*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3							*		cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	0,6	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,6		
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,95	0,6	12	0,97	0	2%	100%		*	0,6	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaeweb da luglio 2017; denominatore dimezzato													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,3

24,7

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

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	20,39	0,2	12	33,28			100%	1*	0,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	113,09	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	40%	4*	0,1
			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.	8,55	7,31	2,2	12	8,95	2	22%	30%	3*	0,7
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<			2,2	12				100%	vr	2,2
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
													sostanzialmente uguale (1 caso su 421 ricoveri)
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>			0,0	12					0*	
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)
													autorizzati da DMPO
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>			3,0	12			100%	vr	0*	3,0
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)
													autorizzati da DMPO
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	9,00	30,00	3,0	12	10,95	-19	-64%	100%	5*	3,0
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	4,75	30,00	3,0	12	12,17	-18	-59%	100%	5*	3,0
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	0,3
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:										
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	8,00	8,00	0,1	12	9,00	1	13%	0%		0,0
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
													ricalcato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	58,52	73,91	0,1	12	78,47	5	6%	100%	4*	0,1
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,17	-0,17	2,2	12	-0,43	0	152%	100%	2*	2,2
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,68	0,68	1,7	12	-0,25	-1	-137%	100%	2 *	1,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	109,22	60,86	0,7	12	60,17	-1	-1%	100%	4 *	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	88,67	93,06	3,7	12	92,46	-1	-1%	100%	4 *	3,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,7						*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica: cts											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,7	M cio
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO 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	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica: cts											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,7	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,7	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO 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 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	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,7	M cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO cts											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,5								
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr *	0,7	
			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											

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		0,7	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

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	252.924,11	252.924,11	15,0	12	254.961,34	2.037	1%	100%	vr	3*	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

scostamento relativamente significativo

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,68 vs MPond strutt: 3,13)

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

25,4

3 - Obiettivi REGIONALI

16,5

10,2

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											cts

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	cio
		esofago											cts

Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:

RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]

DM70.11	>			1,2	12				75%	vr		0,9	cio
GIST													cts

Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:

NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]

DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]". Nessun intervento dopo maggio 2017->bonus 75%

DM70.2	>			1,2	12				100%	vr		1,2	cio
Colecistectomia laparoscopica													cts

Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:

NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]

96 casi. Applicata tolleranza 10%, come da obiettivo regionale 2019 per intervento chirurgia della mammella

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]									
		DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura:0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	96,39	6	7%	100%	*	1,2
			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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	349,58	384,54	1,2	272,00	-113	-29%	0%	*	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11					*	
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,4							7,1

* = 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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

P17O01	<u>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</u>	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	3,00	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	100%	*	1,2	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO 1,2 0,9

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85 Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	>		1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018								

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,0	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC03 CGE	UOC CHIRURGIA GENERALE CECINA	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_HE03CG

UOC CHIRURGIA GENERALE ELBA

0

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,2

5,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4 Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	58,57	90,00	3,0	12	100,00	10	11%	100%	*	3,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%	*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,3						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3						*			
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	0,6	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,6	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,95	0,6	12	0,97	0	2%	100%	*	0,6	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,3

23,3

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

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	20,75	0,2	12	33,28	3	3%	100%	1*	0,2		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,17	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	100%	4*	0,3	M
			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.	13,15	7,31	2,2	12	10,26	3	40%	49%	1*	1,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,63	0,63	2,2	12	0,90	0	43%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>			0,0	12					0*		
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
			autorizzati da DMPO											
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>			3,0	12				100%	vr	0*	3,0
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
			autorizzati da DMPO											
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	21,00	30,00	3,0	12	3,00	-27	-90%	100%	5*	3,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	26,31	30,00	3,0	12	28,93	-1	-4%	100%	3*	3,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	7,14	1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	98,00	98,00	0,1	12	69,00	-29	-30%	100%	*	0,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,1	12				100%	vr	0*	0,1
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,71	-0,71	2,2	12	-0,90	0	26%	100%	2*	2,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 %

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,17	0,17	1,7	12	-0,71	-1	-518%	100%	2*	1,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	58,34	60,86	0,7	12	34,46	-26	-43%	100%	5*	0,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba											
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	66,67	93,06	3,7	12	95,72	3	3%	100%	5*	3,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,7						*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica: cts											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,7	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO 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	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica: cts											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,7	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,7	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO 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											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,5								
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,7	
			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											

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		0,7	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

15,0

8,2

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

8,2

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	60.335,23	60.335,23	15,0	12	98.052,57	37.717	63%	55%	vr	3*	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,68 vs MPond strutt: 3,05)

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

23,1

3 - Obiettivi REGIONALI

16,8

8,2

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:	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riquadro alla formazione in materia di anticorruzione e										cts

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10	>		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
		esofago												

Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:

RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]

		DM70.11	>		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
		GIST												

Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:

RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]

		DM70.2	>		1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
		Colecistectomia laparoscopica												

Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:

NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]									
		DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	51,85	-38	-42%	58%		0,7
			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	1,2	12	0,40	-1	-60%	40%		0,5
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	295,87	325,46	1,2	82,00	-243	-75%	0%		0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,0							6,6

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

Valutazione 2017

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

P17O01	<u>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</u>	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	3,00	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	100%	*	1,2	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
-------------------------------	-------------	-------------

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,7	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,7	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,7	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,7	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0.6	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									cts
		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2.0	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)									cts

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

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

106_HE03
CGO

**UOC CHIRURGIA GENERALE
ELBA**

Totale pesì

Pesì
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

106_HL03CG1 UOC CHIRURGIA GENERALE LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,2

5,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4	>	%.	87,76	90,00	3,0	12	98,37	8	9%	100%		3,0	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		*	0,7	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,3							*			
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,3							*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13	>	N.	90,00	0,3							*		cio	
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
		B8.4.14a	>		0,80	0,6	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,6		
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
		Report Infoview "RFC_165_ - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)														
		B8.4.14b	>	N.	0,95	0,6	12	0,97	0	2%	100%		*	0,6	cio	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												
		Report Infoview "RFC_165_ - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA							27,3								23,2	
C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	<	%.	37,67	0,2	12	33,28			100%	1	*	0,2	M	
		Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

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

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drq LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	63,02	93,06	3,7	12	85,72	-7	-8%	100%	4*	3,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,7						*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,7	M cio cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,7	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,7	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,7	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,7	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

1,5

1,5

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,7	
			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								
Valutazione interna		E1b	>		1,00	0,0	12						*		
		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	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	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							

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.323.584,67	1.323.584,67	15,0	12	1.783.606,73	460.022	35%	30%	3	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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.								
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10 esofago	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:								
					NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]								
		DM70.11 GIST	>		1,2	12				75%	vr	0,9	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:								
					NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]								
					DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]".								
					dopo maggio 2017->bonus 75%								
		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:								
					RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]								
		DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica:								
					NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]								
		DM70.9 surrene	>		1,2	12				75%	vr	0,9	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica:								
					NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]								
					DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]".								
					dopo maggio 2017->bonus 75%								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11							*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
				RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	0,15	-90	-100%	0%	*	0,0	
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:		tolti: Bonsignori assente per ferie prepensionamento; casella perché chirurgia della mammella; Menconi perché chirurgia toracica; Corsi perché chirurgia pediatrica									
				RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,2	12	0,67	0	-33%	67%	*	0,8	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		tolti: Bonsignori assente per ferie prepensionamento; casella perché chirurgia della mammella; Menconi perché chirurgia toracica; Corsi perché chirurgia pediatrica									
				RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	459,48	505,42	1,2	12	265,00	-240	-48%	0%	*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
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	1,2	11							*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11							*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STRA 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STRA_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,7	7,4									
AZ_3PER &	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	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2		
				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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018						
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	3,7	12	0,64	0	-36%	64%	*	2,4
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:			Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32						
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					5,0							
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						
P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,9	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Inviato Documento SNLG 2011						
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					1,2							
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente						
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,7							
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI						
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP						
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					0,0							
P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %		0,0	12					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Valore di presidio						
4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO					1,2							
AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85 Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018						
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							

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

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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 attivita' 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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,0	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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	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															

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

Pesi
p1 **P2**

Valutazione
p1 **P2**

106_HL03
CG1

**UOC CHIRURGIA GENERALE
LIVORNO**

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 HL07SEN

UOS ONCOLOGIA CHIRURGICA RICOSTRUTTIVA DELLA MAMMELLA LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,0

2,5

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,7	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,5					
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
				B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		*	0,7	M		
				Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale											
				B8.4.11	> N.	97,36		0,7							*				
				Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
				B8.4.13	> N.	90,00		0,7							*				
				Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
				B8.4.14a	>	0,80		0,7	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,7			
				Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
				B8.4.14b	> N.	0,95		0,7	12	0,97	0	2%	100%		*	0,7			
				Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,1

25,1

C	Valutazione sanitaria	C10.2.1	>	68,00	82,93	5,3	12	88,44	6	7%	100%	5*	5,3	M
		% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Fonte obt: mes - val obt: 82,93 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno									
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.4	>	17,00	0,00	5,3	12	0,65	1	#Error e	100%	vr	5*	5,3
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno									
dato di presidio+fascia mes presidio														

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.1	<	24,30	30,00	6,6	12	28,90	-1	-4%	100%	3	6,6			
		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									
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	1,15	1,15	0,0	12					2	*			
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	2,0						*			
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										cio		
														cts		
		C6.2.2	>	N.	5,99	8,00	2,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	2,0	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		
		C6.5.6	>	N.	99,20	75,00	2,0	12	98,00	23	31%	100%	5	*	2,0	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts		
		C6.6	>	%	2,66	3,00	2,0	12	11,20	8	273%	100%	5	*	2,0	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							cio		
														cts		
		C6.7.1	>	N.	83,00	100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%	5	*	2,0	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cio		
														cts		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	15,0							3 *		cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:	costi caricati su chirurgia generale livorno e piombino										cts
<hr/>														
		Euro01a	> %.	0,0	12						*		cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,4

3 - Obiettivi REGIONALI

5,5

2,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,4	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,4	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,4	12	100,00	10	11%	100%	*	1,4	
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %		0,0	12					*		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>		0,0	12					*		
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

11,0

9,5

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018							
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	4,1	12	0,64	0	-36%	64%	*	2,6	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					4,1								3,1
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,3	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,3	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE					5,5								4,1
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	>	1,00	5,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	4,1	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente							
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,1								2,1
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE					1,4								1,4
AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							
4 - Ob Az: SENOLOGIA					5,5								5,5
Pr2017	Programma regionale di Osservazione degli Esiti	i-pr_onco_1 Interventi conservativi K mammella, reinterventi 120g per 100	<	5,30	8,00	5,5	12	5,17	-3	-35%	100%	*	5,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		prose 2017; l'obiettivo è il limite superiore dello spine chart; a decrescere							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								13,3
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								13,3

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 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%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	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	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,4	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	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 **P2**

Valutazione
p1 **P2**

106_HL07
SEN

**UOS ONCOLOGIA
CHIRURGICA RICOSTRUTTIVA
DELLA MAMMELLA LIVORNO**

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_HP03CG

UOC CHIRURGIA GENERALE PIOMBINO

0

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,2

5,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4 Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	89,05	90,00	3,0	12	93,78	4	4%	100%		3,0	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	cio cts	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest													
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		*	0,7	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,3								*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3								*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3								*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	0,6	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,6		
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,95	0,6	12	0,97	0	2%	100%		*	0,6	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,3

24,7

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

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	62,20	0,2	12	33,28			100%	1*	0,2	M	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,93	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	40%	4*	0,1	
			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.	7,42	7,31	2,2	12	7,98	1	9%	40%	4*	0,9	
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)								
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,32	0,32	2,2	12	0,14	0	-56%	100%		2,2	M
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>			0,0	12					0*		
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)								
			autorizzati da DMPO											
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>			3,0	12				100%	vr 0*	3,0	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)								
			autorizzati da DMPO											
		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<	14,82	30,00	3,0	12	10,00	-20	-67%	100%	5*	3,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)								
		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<	7,00	30,00	3,0	12	21,20	-9	-29%	100%	5*	3,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)								
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0,3	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	0,3	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	65,00	65,00	0,1	12	65,00	0	0%	100%		0,1	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,1	12				100%	vr 3*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)								
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,84	0,84	2,2	12	0,64	0	-24%	100%	2*	2,2	M
			Fonte obt: mes - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,56	-0,56	1,7	12	-0,97	0	74%	100%	2 *	1,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	50,12	60,86	0,7	12	62,86	2	3%	50%	5 *	0,4	
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Val di Cornia											
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	53,26	93,06	3,7	12	80,72	-12	-13%	99%	3 *	3,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,7						*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica: cts											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,7	M cio
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO 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	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica: cts											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,7	12	98,00	23	31%	100%	5 *	0,7	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO 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 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	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,7	M cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO cts											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,5								
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr *	0,7	
			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											

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

E	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	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		0,7	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

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	304.135,99	304.135,99	15,0	12	370.048,98	65.913	22%	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
<hr/>															
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

24,5

3 - Obiettivi REGIONALI

16,5

9,2

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	cio	
		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.										cts
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10 esofago	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	cio	
		Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]										cts
		DM70.11 GIST	>		1,2	12				75%	vr	<input type="checkbox"/>	0,9	cio
		Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:		NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]										cts
DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]"														
Dopo maggio 2017->bonus 75%														
		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	cio	
		Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]										cts

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]									
		DM70.9 surrene	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
			Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura:0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	0,00	-90	-100%	0%		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	1,2	12	0,22	-1	-78%	22%		0,3
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	90,50 99,55	1,2	12	109,00	9	9%	100%		1,2
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,2	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11						
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP									
4 - Ob Az:					8,4							7,1

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

Valutazione 2017

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P17O01	<u>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</u>	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	3,00	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	100%	*	1,2	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO	1,2	0,9
----------------------------	-----	-----

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1.2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0.9
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018							

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
------------------------	------	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,6
------------------------	------	------

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,7
			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	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0.6	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								
<hr/>													
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)								

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HP03
CGO

**UOC CHIRURGIA GENERALE
PIOMBINO**

Totale pesì

Pesì
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

112_101 UOS CHIRURGIA SENOLOGICA VERSILIA112)

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,0

2,2

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,7	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,5		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
B8.4.1				> %.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%		*	0,7	M
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
B8.4.11				> N.	97,36	0,7							*			
Qualità del flusso informativo SDO				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
B8.4.13				> N.	90,00	0,7							*			
Qualità del flusso informativo SPA				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8.4.14a				>	0,41	0,80	0,7	12	0,50	0	-37%	53%	3	*	0,4	M
Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato				Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_ - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)										
B8.4.14b				> N.	1,02	0,95	0,7	12	0,95	0	0%	100%		*	0,7	
Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												

Report Infview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,1

19,4

C	Valutazione sanitaria	C10.2.1	>	85,15	82,93	5,3	12	88,71	6	7%	100%	5*	5,3	M
		% di interventi conservativi o nipple/skin sparing alla mammella sugli interventi per tumore maligno della mammella	Fonte obt: mes - val obt: 82,93 - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.4	>	0,00	0,00	5,3	12	0,00	0	#Error	100%	vr	3*	5,3
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		C10.4.1	<	49,51	30,00	6,6	12	46,81	17	56%	14%	0*	0,9	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:											

dato di presidio+fascia mes presidio

dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,45	-0,45	0,0	12						2 *		
			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	2,0							*	
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	2,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	2,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	2,0	12	98,00	23	31%	100%	5 *	2,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	2,0	12	11,20	8	273%	100%	5 *	2,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%	5 *	2,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,6	
			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												
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	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												

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	22,4
3 - Obiettivi REGIONALI	7,6	3,7

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa												
RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,3	11								*	
2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,3	11								*	
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,3	12	83,33	-7	-7%	93%	*	1,2			
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
RT1.1	> %	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0			
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
RT1.2	>	0,00	0,00	1,3	12	0,00	0	#Error e	100%	*	1,3		
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	1,3	<div>12</div>	<div>1,00</div>	<div>0</div>	<div>0%</div>	<div>100%</div>	<div></div> *	1,3	Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	3,8	<div>12</div>	<div>0,64</div>	<div>0</div>	<div>-36%</div>	<div>64%</div>	<div></div> *	2,4	Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA													
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,5	<div>12</div>	<div>1,00</div>	<div>0</div>	<div>0%</div>	<div>100%</div>	<div></div> *	2,5	Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,2	<div>12</div>	<div>0,25</div>	<div>-1</div>	<div>-75%</div>	<div>25%</div>	<div></div> *	0,3	Inviato Documento SNLG 2011
4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE													
AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26 centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile	>	1,00	5,1	<div>12</div>	<div>0,75</div>	<div>0</div>	<div>-25%</div>	<div>75%</div>	<div></div> *	3,8	Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente
4 - Ob Az: D.M.P.O.													
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,3	<div>12</div>	<div>1,00</div>	<div>0</div>	<div>0%</div>	<div>100%</div>	<div></div> *	1,3	PROGETTUALITA DI
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	<div>12</div>	<div>1,00</div>	<div>0</div>	<div>0%</div>	<div>100%</div>	<div></div> *	0,6	PROGETTUALITA DIP
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE													
AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,3	<div>12</div>	<div>1,00</div>	<div>0</div>	<div>0%</div>	<div>100%</div>	<div></div> *	1,3	PROGETTUALITA' DIP
4 - Ob Az: SENOLOGIA													
Pr2017	Programma regionale di Osservazione degli Esiti	i-pr_onco_1 Interventi conservativi K mammella, reinterventi 120g per 100	<	10,21	8,00	<div>12</div>	<div>10,31</div>	<div>2</div>	<div>29%</div>	<div>0%</div>	<div></div> *	0,0	prose 2017; l'obiettivo è il limite superiore dello spine chart; a decrescere
5 - Obiettivi QUALITA'													
5 - Obiettivi QUALITA'													

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 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%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,4	inviati verbali 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	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_101	UOS CHIRURGIA SENOLOGICA VERSILIA112)	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_18L5 UOC CHIRURGIA GENERALE VERSILIA

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,8

4,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.4	>	34,45	90,00	3,2	12	68,88	-21	-23%	62%	*	2,0	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche di chirurgia generale erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,4	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3	cio		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		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)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	> N.	97,36	0,4						*				
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,4						*				
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,4						*		cio		
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B8.4.14a	>	0,41	0,80	0,6	12	0,50	0	-37%	53%	3	*	0,3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
		B8.4.14b	> N.	1,02	0,95	0,6	12	0,95	0	0%	100%	*	0,6	cio	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,6

22,6

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	< %.	30,08	0,2	12	33,28			100%	1	*	0,2
		Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	0,4	12	123,44	3	3%	40%	4 *	0,2	
		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.	8,01	7,31	2,4	12	8,57	1	17%	30%	3 *	0,7	
		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 Unico Versilia
		C8b.2_prod	<	0,87	0,87	2,4	12	0,22	-1	-75%	100%		2,4	M
		% ricoveri oltre 30 gg				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:								
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.4.3	<	16,84	30,00	3,2	12	10,55	-19	-65%	100%	5 *	3,2	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon				Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:								dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia
		C10.4.4	<	17,33	30,00	3,2	12	10,73	-19	-64%	100%	5 *	3,2	M
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto				Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:								dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	10,61	1,92	0,4	12	25,61	24	1234%	40%	4 *	0,2	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:								
		C4.9ass	<	35,00	35,00	0,2	12	29,00	-6	-17%	100%		0,2	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:								
														ricalcato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.			0,2	12				100%	vr 3 *	0,2	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione				Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:								dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia
														La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-0,60	-0,60	2,4	12	-1,03	0	73%	100%	2 *	2,4	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:								
		C2a.M_dip	<	-0,84	-0,84	1,9	12	-1,12	0	33%	100%	2 *	1,9	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:								
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	47,02	60,86	0,8	12	40,67	-20	-33%	100%	5 *	0,8	M
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti				Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica:								dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia
		C4.12	> %.	70,68	93,06	4,0	12	80,53	-13	-13%	74%	3 *	3,0	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)				Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:								dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia

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

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

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	1,6	1,6
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	8,2
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

8,2

15,0

8,2

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	733.766,23	733.766,23	15,0	12	943.395,69	209.629	29%	55%	vr	3 *	8,2	cio
					Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,68 vs MPond strutt: 5,72)

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

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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:			'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di appallia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e								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.

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.10 esofago	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:								

RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]

		DM70.11 GIST	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 diagnosi - fonte verifica:								

RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]

		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 100 - fonte verifica:								

RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]

		DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
					Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 30 e 0 o 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica:								

NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=30; raggiunto; non raggiunto)]

DM70.9	>	1.2	12				75%	vr	*	0.9
surrene	Fonte obt: DM70 - val obt: 0 o 10 nuove diagnosi all'anno per struttura;0 o 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica:		NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=10; raggiunto; non raggiunto)]							

DGRT 364 del maggio 2016: "Ritenuto necessario prevedere la possibilità per le Aziende Sanitarie di attivare nella fase di avvio, un periodo di osservazione della durata di un anno[...]".

Nessun intervento dopo maggio 2017->bonus 75%

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,2	11					*		
					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".

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,2	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	1,2	12	22,58	-67	-75%	25%		*	0,3	
			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	1,2	12	0,38	-1	-63%	37%		*	0,5	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)			>	36,30	39,93	1,2	7,00	-33	-82%	0%		*	0,0	
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
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	1,2	11						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali								
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,2	11						*		
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali								
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP								
4 - Ob Az:					8,4	7,1								
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULA								
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018								

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	3,6	12	0,64	0	-36%	64%	*	2,3
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 4,8 3,5

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	1,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: CHIRURGIA GENERALE 1,2 0,9

AZ07.26	oncologia mammaria	i-AZ07.26	>	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
		centralizzazione su lucca, livorno e massa della casistica (entro 30 aprile)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli interventi Cecina da 24 a 5; Piombino da 32 a 7 Elba da 0 a 4; Si osserva generalmente un trend di centralizzazione ma non ancora raggiunto completamente							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 1,6 1,6

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 1,2 0,0

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a	< %	2,00	2,00	1,2	6,00	4	200%	0%	*	0,0
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio							

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO 1,2 0,9

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,2	11	0,75	0	-25%	75%	*	0,9
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
		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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
		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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7			
		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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,6	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											
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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)											
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											
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".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_18L5

**UOC CHIRURGIA GENERALE
VERSILIA**

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)

D02C

AREA DELLE ORTOPEDIE E TRAUMATOLOGIE

Responsabile: Franco Carnesecchi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH103

SEZ. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUNIGIANA (101)

6

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

3,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5 Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	87,13	90,00	2,1	12	94,98	5	6%	100%	*	2,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3		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	0,3	12	99,46	1	1%	100%	*	0,3	M
			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	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,37	0,80	0,5	12	0,49	0	-39%	58%	3	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,93	0,95	0,5	12	0,95	0	0%	100%	*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												cio

Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

23,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	127,32	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	93%	4	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	8,51	7,31	2,1	12	9,63	2	32%	20%	2*	0,4	
		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: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
		C8b.2_prod	<	0,00	0,00	2,1	12	0,00	0	#Error e	100%		2,1	
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	2,1	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	14,00	14,00	0,4	12	18,00	4	29%	0%		0,0	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.			0,4	12				100%	vr 0*	0,4	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:	ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
C17	Riabilitazione	C17.1.3	< %.	7,34	9,23	2,1	12	10,78	2	17%	40%	4*	0,8	
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica:	La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-1,63	-1,63	2,1	12	-2,03	0	24%	100%	2*	2,1	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip	<	-1,54	-1,54	1,1	12	-2,32	-1	51%	100%	2*	1,1	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	76,80	93,06	2,1	12	95,36	2	2%	100%	5*	2,1	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	83,10	83,10	7,0	12	100,00	17	20%	100%	5*	7,0	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,1								cio
		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	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,1	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										

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

C6c	Rischio Clinico	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		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

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					*		
		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
		E3	< %.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	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

4,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	459.393,21	459.393,21	15,0	12	670.337,70	210.944	46%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12					*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta						

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

22,4

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

3 - Obiettivi REGIONALI										14,1	5,9		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	1,9		
			Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.						
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	0,50	-1	-50%	50%	1,4		
			Intervento chirurgico per frattura di femore		Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:		122 interventi						
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11							
			2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali						
			RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,9	11						
			4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali						
			RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,9	12	54,48	-36	-39%	61%	1,1	
			9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
			RT1.1	> %	1,00	1,9	12	0,80	0	-20%	80%	1,5	
			9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
			RT1.2	>	1.384,39	1.522,83	1,9	12	805,00	-718	-47%	0%	0,0
			9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								
4 - Ob Az:					5,6							5,6	
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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9		
			Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTULITA' DIP						
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	4,7		
			revisione dell'organizzazione delle guardie attive		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					7,5							5,4	

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

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		*	4,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							
P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,5								2,5
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					0,6								0,6
P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	vr	*	0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio							
4 - Ob Az: ORTOPEDIA					4,7								2,3
AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%		*	2,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
				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	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
				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)							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	2,0	cio cts	
verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbalì pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
inviati verbalì														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_1FCH
1036

**SEZ. ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
LUNIGIANA (101)**

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

101_1FCH203

UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA APUANE

6

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

3,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5 Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	83,87	90,00	2,1	12	94,49	4	5%	100%	*	2,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3		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	0,3	12	99,46	1	1%	100%	*	0,3	M
			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	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,37	0,80	0,5	12	0,49	0	-39%	58%	3	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,93	0,95	0,5	12	0,95	0	0%	100%	*	0,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												cio

Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

20,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	125,27	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	75%	4	0,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,56	7,31	2,1	12	8,70	1	19%	30%	3 *	0,6	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,41	0,41	2,1	12	0,76	0	85%	0%		0,0	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<	0,00	1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	2,1	
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	173,00	173,00	0,4	12	150,00	-23	-13%	100%		0,4	M
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr 3 *	0,4	
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	2,1	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	2,1	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,19	-1,19	2,1	12	-0,55	1	-54%	20%	2 *	0,4	
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,56	-0,56	1,1	12	0,61	1	-208%	20%	2 *	0,2	
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	65,03	93,06	2,1	12	82,78	-10	-11%	93%	3 *	2,0	M
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	80,47	80,47	7,0	12	85,08	5	6%	100%	4 *	7,0	M
														cio
														cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1								cio
														cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,1	M
														cio
														cts

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

C6c	Rischio Clinico	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		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:										cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

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 cio
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:										cts
		E3	< %	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente										cts
														Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.370.348,63	1.370.348,63	15,0	12	1.272.048,22	-98.300	-7%	100%	vr	3	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts
									</							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

24,4

3 - Obiettivi REGIONALI

14,1

7,9

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	<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>
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	<i>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]</i>
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11					*		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,9	11					*		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,9	12	91,26	1	1%	100%	*	1,9	
		RT1.1	> %	1,00	1,9	12	0,73	0	-27%	73%	*	1,4	<i>tolta dottoressa LIBERATI e dr ALIANI</i>
		RT1.2	>	527,10	579,81	1,9	12	95,00	-485	-84%	0%	*	0,0
4 - Ob Az:					5,6							5,6	
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12					*		<i>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</i>
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		4,7
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		4,7
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%		0,7
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001a	< %	6,00	6,00	0.6	12	4,00	-2	-33%	100%	<input type="checkbox"/>	0.6	M
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%		2,3
		Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7			
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7			
			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	2,0	12	4,00	1	33%	100%	3*	2,0	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 (integrazione mail LP del 2018-10-19); 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										
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
			Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	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															

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
							<u>Valutazione</u>
							<u>p1 P2</u>

101_1FCH
2036

**UOC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA APUANE**

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_420084 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

1,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5	>	88,04	90,00	2,1	12	82,86	-7	-8%	0%		0,0	
		Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,3	12	99,46	1	1%	100%		*	0,3
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.11	> N.	97,36	0,3							*		
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.12	> %.	36,33	0,3							*		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.13	> N.	90,00	0,3							*		
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
		B8.4.14a	>	0,35	0,80	0,5	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,3
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:										
Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)														
		B8.4.14b	> N.	1,08	0,95	0,5	12	1,12	0	18%	100%		*	0,5
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:										

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

23,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	88%	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									

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,77	7,31	2,1	12	9,21	2	26%	43%	2 *	0,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,61	0,61	2,1	12	0,43	0	-30%	100%	*	2,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	2,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	156,00	156,00	0,4	12	154,00	-2	-1%	100%	*	0,4	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	33,18	73,91	0,4	12	69,46	-4	-6%	100%	3 *	0,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	2,1	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	2,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	1,30	1,30	2,1	12	1,33	0	3%	20%	2 *	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,79	0,79	1,1	12	0,75	0	-5%	100%	2 *	1,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	64,47	93,06	2,1	12	91,88	-1	-1%	100%	4 *	2,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	65,76	80,10	7,0	12	73,88	-6	-8%	87%	3 *	6,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1						*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	1,1	12	80,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
														cts
		C6.5.6 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr*	1,4	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	M cio
														cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €	1.392.794,69	1.392.794,69	15,0	12	1.087.026,54	-305.768	-22%	100%	vr*	15,0	M cio
														cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %			0,0	12					*		cio

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 11,4 vs MPond strutt: 6,44)

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

35,0

24,1

3 - Obiettivi REGIONALI

14,1

7,7

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	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.	
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]	
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,9	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali	
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,9	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali	
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,9	12	100,00	10	11%	100%	*	1,9		
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,9	12	0,60	0	-40%	60%	*	1,1		
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	1.015,42	1.116,96	1,9	12	983,00	-134	-12%	0%	*	0,0	
4 - Ob Az:					5,6						*	5,6		
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					*		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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9		

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		4,7
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 7,5 5,4

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		4,7
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%		0,7
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,5 2,5

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 0,6 0,6

P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di riabilitazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001a	< %	5,00	5,00	0,6	12	2,00	-3	-60%	100%		* 0,6	M
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 4,7 2,3

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%		2,3
		Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
			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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,6	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	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															

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
4

**UOC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA LUCCA**

Totale pesì 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_420085 SEZ. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

20,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

2,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5	>	79,65	90,00	2,1	12	83,77	-6	-7%	40%		0,8	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,3	12	99,46	1	1%	100%		*	0,3	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	> N.	97,36	0,3								*		cio
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,3								*		cio
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,3								*		cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B8.4.14a	>	0,35	0,80	0,5	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	> N.	1,08	0,95	0,5	12	1,12	0	18%	100%		*	0,5	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

16,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	130,50	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	100%	4	*	0,3	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											

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,18	7,31	2,1	12	12,09	5	65%	0%	0*	0,0	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,00	0,00	2,1	12	0,15	0	#Error e	0%		0,0	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	2,1	
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	23,00	23,00	0,4	12	21,00	-2	-9%	100%		0,4	M
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr 3*	0,4	
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	22,46	9,23	2,1	12	2,41	-7	-74%	100%	5*	2,1	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,22	-1,22	2,1	12	-0,90	0	-26%	20%	2*	0,4	
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,81	-1,81	1,1	12	-1,59	0	-12%	20%	2*	0,2	
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	55,26	93,06	2,1	12	100,14	7	8%	100%	5*	2,1	M
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	89,13	87,00	7,0	12	83,35	-4	-4%	40%	4*	2,8	cio cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1								cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,1	M cio cts

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

C6c	Rischio Clinico	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		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:										cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

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					*		
		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:										cts
		E3	< %.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente										cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.342.270,78	1.342.270,78	15,0	12	1.067.962,26	-274.309	-20%	100%	3*	15,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12					*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

26,1

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

3 - Obiettivi REGIONALI										14,1	9,7			
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	1,9			
			Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	2,8			
			Intervento chirurgico per frattura di femore		Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:		100 interventi							
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11								
			2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
			RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,9	11							
			4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
			RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,9	12	100,00	10	11%	100%	1,9		
			9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									
			RT1.1	> %	1,00	1,9	12	0,67	0	-33%	67%	1,3		
			9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
			RT1.2	>	579,81	637,80	1,9	12	751,00	113	18%	100%	1,9	M
			9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
4 - Ob Az:					5,6							5,6		
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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9			
			Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTULITA' DIP							
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	4,7			
			revisione dell'organizzazione delle guardie attive		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					7,5							5,4		

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,5								2,5
---------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					0,6								0,6
-------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

P17001	<u>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</u>	i-P17001a	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	#Error e	100%	vr	*	0,6
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

da registro di sala operatoria non risultano amputazioni

4 - Ob Az: ORTOPEDIA					4,7								2,3
----------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	2,3
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo							

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

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	2,0	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
5

**SEZ. ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA VDS**

Totale pesì 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_BD103220

UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AVC

6

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

1,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5 Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	91,50	90,00	2,1	12	78,43	-12	-13%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3		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	0,3	12	99,46	1	1%	100%	*	0,3	M
			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	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	0,5	12	0,67	0	-16%	30%	3	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	0,5	12	0,96	0	1%	100%	*	0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

18,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	130,35	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	100%	4	0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,44	7,31	2,1	12	9,77	2	34%	41%	2	*	0,9	M
					Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
		C8b.2_prod		<	0,00	0,00	2,1	12	0,00	0	#Error e	100%		*	2,1	
		% ricoveri oltre 30 gg			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	2,1	
					Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass	DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	27,00	27,00	0,4	12	20,00	-7	-26%	100%		*	0,4	M
					Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr	4	*	0,4
					Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
					La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C17	Riabilitazione	C17.1.3	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	2,1	12	8,33	-1	-10%	100%	4	*	2,1	M
					Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,74	-1,74	2,1	12	-1,59	0	-9%	20%	2	*	0,4	
					Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-2,27	-2,27	1,1	12	-2,56	0	13%	100%	2	*	1,1	M
					Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	96,47	93,06	2,1	12	100,00	7	7%	100%	5	*	2,1	M
					Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
C5a	Qualità di processo	C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	81,25	85,00	7,0	12	68,89	-16	-19%	20%	2	*	1,4	cio cts
					Fonte obt: mes - val obt: 85 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1							*		cio cts
					Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,1	M cio cts
					Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

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

C6c	Rischio Clinico	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		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:										cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

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	cio	
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:											cts	
															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	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente											cts	Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

11,2

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

11,2

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	505.015,18	505.015,18	15,0	12	514.236,08	9.221	2%	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:										cts	scostamento relativamente significativo
		Euro01a	> %.			0,0	12					*		cio	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

22,1

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

3 - Obiettivi REGIONALI													14,1	5,6	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9			
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0			
Intervento chirurgico per frattura di femore			Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:			NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11					*				
2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_4			>	1,00	1,9	11					*				
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_9			>	90,00	1,9	12	100,00	10	11%	100%	*	1,9			
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												
RT1.1			> %	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9			
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
RT1.2			>	700,65	770,72	1,9	12	659,00	-112	-14%	0%	*	0,0		
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
4 - Ob Az:					5,6								5,6		
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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9			
Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7			
revisione dell'organizzazione delle guardie attive			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 7,5 5,4

AZ07.28 **Uniformazione di inserimento nella classe di priorità** i-AZ07.28 > 1,00 4,7 12 1,00 0 0% 100% 4,7
definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture

P03002a **Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria** i-P03002a > si/no 1,00 2,8 12 0,25 -1 -75% 25% 0,7
Definizione linee guida
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviato Documento SNLG 2011

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,5 2,5

AZ07.32 **distribuzione diretta** i-AZ07.32 > 1,00 1,9 12 1,00 0 0% 100% 1,9
Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DI

AZ07.33 **utilizzo TTR** i-AZ07.33 > 1,00 0,6 12 1,00 0 0% 100% 0,6
estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 0,6 0,6

P17001 **Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa** i-P17001a < % 0,00 0,00 0,6 12 0,00 0 #Error e 100% 0,6
Riduzione 10% amputazioni
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Valore di presidio

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 4,7 2,3

AZ07.27 **Uniformazione liste d'attesa** i-AZ07.27 > 1,00 4,7 12 0,50 -1 -50% 50% 2,3
Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

2017_Q1 **valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale** 2017_Q1.1 > N. 1,00 2,7 12 1,00 0 0% 100% 2,7
attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q1b **Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza** 2017_Q1.1b > N. 1,00 2,7 12 1,00 0 0% 100% 2,7
partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2 **supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza** 2017_Q2.1 > N. 1,00 2,7 12 1,00 0 0% 100% 2,7
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)
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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7		
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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,6	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	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														

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

105_BD10
32206

**UOC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA AVC**

Totale pesì

100,0

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

105_BD103330

UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VDE

6

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

1,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5 Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	96,81	90,00	2,1	12	72,39	-18	-20%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3		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	0,3	12	99,46	1	1%	100%	*	0,3	M
			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	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	0,5	12	0,67	0	-16%	30%	3	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
			Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	0,5	12	0,96	0	1%	100%	*	0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

22,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	124,72	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	67%	4	0,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,26	7,31	2,1	12	9,68	2	32%	20%	2*	0,4	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,31	0,31	2,1	12	0,31	0	0%	100%		2,1	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	2,1	
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	35,00	35,00	0,4	12	35,00	0	0%	100%		0,4	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr 3*	0,4	
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	2,1	12	8,33	-1	-10%	100%	4*	2,1	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,20	0,20	2,1	12	-0,01	0	-105%	100%	2*	2,1	M
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,43	0,43	1,1	12	0,63	0	45%	20%	2*	0,2	
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	86,69	93,06	2,1	12	68,12	-25	-27%	0%	1*	0,0	
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	87,69	85,00	7,0	12	90,97	6	7%	100%	5*	7,0	M
														cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1								cio
														cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,1	M
														cts

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

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	1,1	12	80,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
														cts
		C6.5.6 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
---	-------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	< €			15,0	12				55%	vr	3*	8,2	cio
															cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %			0,0	12					*			cio

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

23,7

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

3 - Obiettivi REGIONALI												14,1	7,2
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	1,9		
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	2,8		
Intervento chirurgico per frattura di femore			Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:			RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]							
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11							
2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali							
RT_3STRA_3TAT_4			>	1,00	1,9	11							
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali							
RT_3STRA_3TAT_9			>	90,00	1,9	12	76,61	-13	-15%	85%	1,6		
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
RT1.1			> %	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	0,9		
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
RT1.2			>	1.905,03	2.095,54	1,9	949,00	-1.147	-55%	0%	0,0		
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					5,6							5,6	
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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9		
Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	4,7		
revisione dell'organizzazione delle guardie attive			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018							

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 7,5 5,4

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,5 2,5

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 0,6 0,6

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	vr	0,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio							

Valore di presidio

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 4,7 2,3

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	2,3
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,6	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

105_BD10
33306

**UOC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA VDE**

Totale pesì

Pesì
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

106_HC03SOR **U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

3,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5	>	73,72	90,00	2,1	12	89,95	0	0%	100%		*	2,1	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,3	cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,3	12	99,46	1	1%	100%		*	0,3	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,3							*			
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,3							*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13	>	N.	90,00	0,3							*		cio	
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
		B8.4.14a	>		0,80	0,5	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,5		
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b	>	N.	0,95	0,5	12	0,97	0	2%	100%		*	0,5	cio	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						28,1								22,1		
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	113,09	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,1	
		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												

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,55	7,31	2,1	12	8,95	2	22%	30%	3 *	0,6	
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,50	0,50	2,1	12	0,49	0	-2%	100%	*	2,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	2,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	36,00	36,00	0,4	12	39,00	3	8%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	67,24	73,91	0,4	12	78,47	5	6%	100%	4 *	0,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	6,35	9,23	2,1	12	11,30	2	22%	40%	4 *	0,8	
			Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,01	-1,01	2,1	12	-0,17	1	-83%	20%	2 *	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,66	-0,66	1,1	12	-1,07	0	62%	100%	2 *	1,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	75,24	93,06	2,1	12	92,46	-1	-1%	100%	4 *	2,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	86,67	86,67	7,0	12	91,12	4	5%	100%	5 *	7,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1						*		
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	1,1	12	80,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
														cts
		C6.5.6 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,4	
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M cio
														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	M cio
														cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.797.593,49	1.797.593,49	15,0	12	1.588.085,42	-209.508	-12%	100%	vr	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts	
				bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 11,4 vs MPond strutt: 9,24)												
		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								

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

21,9

3 - Obiettivi REGIONALI

14,1

5,4

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
<p><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></p>													
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	0,67	0	-33%	67%	*	1,9	
		Intervento chirurgico per frattura di femore	Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:										
<p><i>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]</i></p>													
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11					*		
		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
<p><i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i></p>													
		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,9	11					*		
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
<p><i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i></p>													
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,9	12	0,80	-89	-99%	1%	*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,9	12	0,27	-1	-73%	27%	*	0,5	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	>	957,24	1.052,96	1,9	12	1.017,00	-36	-3%	62%	*	1,2
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										M
4 - Ob Az:					5,6							5,6	
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:										
<p><i>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</i></p>													
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		4,7	Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018	
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					7,5									5,4
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%		4,7	Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%		0,7	Inviato Documento SNLG 2011	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,5									2,5
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	PROGETTUALITA DI	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	PROGETTUALITA DIP	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					0,6									0,6
P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	3,00	0,6	12	1,00	-2	-67%	100%		0,6	M	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
					Valore di presidio									
4 - Ob Az: ORTOPEDIA					4,7									2,3
AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%		2,3	Il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									13,6
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									13,6
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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
2017_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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
					Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività* e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
		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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
		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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,6	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	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													

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC03 SOR	U.O.C. ORTOPEDIA CECINA PIOMBINO ELBA (106)	Totale pesi		100,0	

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

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

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

UO/UF

106_HL03OR

UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LIVORNO

T

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

3,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5 Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	70,63	90,00	2,1	12	93,34	3	4%	100%	*	2,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,3		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	0,3	12	99,46	1	1%	100%	*	0,3	M
			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	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi	>	%.	36,33	0,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,3							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	0,5	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,95	0,5	12	0,97	0	2%	100%	*	0,5		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

16,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	123,41	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,1
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,20	7,31	2,1	12	9,40	2	29%	20%	2 *	0,4	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,22	0,22	2,1	12	0,29	0	32%	0%		0,0	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	2,1	
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	21,00	21,00	0,4	12	36,00	15	71%	0%		0,0	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	50,47	73,91	0,4	12	79,33	5	7%	100%	5 *	0,4	M
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	2,1	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	2,1	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,75	-0,75	2,1	12	-0,42	0	-44%	20%	2 *	0,4	
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,65	-0,65	1,1	12	-0,81	0	24%	100%	2 *	1,1	M
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	64,29	93,06	2,1	12	85,72	-7	-8%	100%	4 *	2,1	M
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	70,09	80,10	7,0	12	71,92	-8	-10%	38%	2 *	2,7	M cio cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1								cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,1	M cio cts

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

C6c	Rischio Clinico	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		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

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					*		
		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
		E3	< %.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.187.573,05	2.187.573,05	15,0	12	2.162.637,75	-24.935	-1%	100%	3*	15,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12					*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta						

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

20,6

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

3 - Obiettivi REGIONALI													14,1	4,7	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9			
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8			
Intervento chirurgico per frattura di femore			Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:			RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11					*				
2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_4			>	1,00	1,9	11					*				
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_9			>	90,00	1,9	12	0,00	-90	-100%	0%	*	0,0			
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:												
RT1.1			> %	1,00	1,9	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0			
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
RT1.2			>	410,25	451,27	1,9	12	0,00	-451	-100%	0%	*	0,0		
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
4 - Ob Az:					5,6								5,6		
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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9			
Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7			
revisione dell'organizzazione delle guardie attive			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018									

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 7,5 5,4

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Inviato Documento SNLG 2011						

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,5 2,5

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI						

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP						

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 0,6 0,0

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	6,00	0,6	12	8,00	2	33%	0%	*	0,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Valore di presidio						

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 4,7 2,3

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	2,3
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo						

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
			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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6	cio cts	
			verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbalì 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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											

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HL03
ORT

**UOC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA LIVORNO**

Totale pesì

100,0

Pesì
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_48 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERSILIA

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

3,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.5	>	70,67	90,00	2,1	12	90,71	1	1%	100%		2,1	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche ortopediche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,3	12	61,66	-18	-23%	77%		0,3		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	>	%.	99,38	0,3	12	99,46	1	1%	100%		0,3	M	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,3									
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,3									
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	>	N.	90,00	0,3									
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
		B8.4.14a	>		0,41	0,80	0,5	12	0,50	0	-37%	53%	3	0,3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
		B8.4.14b	>	N.	1,02	0,95	0,5	12	0,95	0	0%	100%		0,5	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

28,1

25,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	121,51	120,00	0,3	12	123,44	3	3%	40%	4*	0,1
		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										

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,01	7,31	2,1	12	8,57	1	17%	30%	3 *	0,6	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,19	0,19	2,1	12	0,05	0	-74%	100%		2,1	M
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	2,1	12	0,00	-2	-100%	100%	4 *	2,1	
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	198,00	198,00	0,4	12	169,00	-29	-15%	100%		0,4	M
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr 3 *	0,4	
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	8,77	9,23	2,1	12	6,72	-3	-27%	100%	4 *	2,1	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,20	-1,20	2,1	12	-1,42	0	19%	100%	2 *	2,1	M
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,15	-1,15	1,1	12	-1,30	0	13%	100%	2 *	1,1	M
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	44,49	93,06	2,1	12	80,53	-13	-13%	100%	3 *	2,1	M
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	95,19	90,00	7,0	12	93,52	4	4%	100%	5 *	7,0	cio cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,1								cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,1	M cio cts

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

C6c	Rischio Clinico	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		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:										cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	M cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,1

2,1

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					*		
		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:										cts
		E3	< %.	796,00	795,00	0,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,7	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente										cts
														Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.590.862,98	2.590.862,98	15,0	12	2.162.117,56	-428.745	-17%	100%	3*	15,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		Euro01a	> %.			0,0	12					*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

25,6

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

3 - Obiettivi REGIONALI													14,1	9,7	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9			
			Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.3	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8			
			Intervento chirurgico per frattura di femore		Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=75; raggiunto; non raggiunto)]								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,9	11					*				
			2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
			RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,9	11				*				
			4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
			RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,9	12	100,00	10	11%	100%	*	1,9		
			9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
			RT1.1	> %	1,00	1,9	12	0,67	0	-33%	67%	*	1,3		
			9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
			RT1.2	>	582,30	640,53	1,9	12	705,00	64	10%	100%	*	1,9	M
			9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
4 - Ob Az:													5,6	5,6	
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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9			
			Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7			
			revisione dell'organizzazione delle guardie attive		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018								

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 7,5 5,4

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,8	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,5 2,5

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA 0,6 0,0

P17001	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	2,00	0,6	12	6,00	4	200%	0%	*	0,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio							

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 4,7 2,3

AZ07.27	Uniformazione liste d'attesa	i-AZ07.27 Applicazione del protocollo sull'inserimento in lista d'attesa della protesica anca e ginocchio	>	1,00	4,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	2,3
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il Dipartimento comunica che il progetto in grandi linee e' stato condiviso da parte di quasi tutti i Direttori (eccetto priv accred). Mancano le Commissioni Aziendali di Verifica e controllo							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6	cio cts	
verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbalì 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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														

112_48

**UOC ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA VERSILIA**

Totale pesì

100,0

Pesì
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)

D02B

AREA DELLE SPECIALISTICHE CHIRURGICHE

Responsabile: Massimo Cecchi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH043 UOC UROLOGIA MASSA

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

4,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.6	>	87,02	90,00	2,6	12	89,19	-1	-1%	73%		1,9	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	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: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%		*	0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6								*		cio
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,6								*		cio
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		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:											
		B8.4.14a	>	0,37	0,80	1,0	12	0,49	0	-39%	58%	3	*	0,6	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165_ - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	> N.	0,93	0,95	1,0	12	0,95	0	0%	100%		*	1,0	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

13,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	75%	4	*	0,5	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											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,56	7,31	0,6	12	8,70	1	19%	30%	3*	0,2		
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
			C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,65	0,65	0,6	12	0,60	0	-8%	100%		0,6	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	>	0,00	100,00	2,6	12	0,00	-100	-100%	0%	0*	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
			C10.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	<	17,99		2,6	12	90,00			100%	0*	2,6	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
			C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	51,83	30,00	2,6	12	63,33	33	111%	0%	-1*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	2,08	1,92	0,6	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,6	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
			C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	206,00	206,00	0,3	12	156,00	-50	-24%	100%		0,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,3	12				100%	vr 3*	0,3		
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,32	-0,32	2,6	12	-0,87	-1	173%	100%	2*	2,6	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
			C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,43	-1,43	2,0	12	-0,85	1	-41%	20%	2*	0,4	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	90,77	93,06	3,3	12	82,78	-10	-11%	30%	3*	1,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2									
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,2	M	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	1,2	12	80,00	0	0%	100%		1,2		cio
															cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M	cio
															cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	242.853,12	242.853,12	15,0	12	264.141,29	21.288	9%	55%	vr	3*	8,2	
															cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,66 vs MPond strutt: 1,34)

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

F	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:	<i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i>									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	10,3	2,6
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	1,7	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

[illegible]

4 - Ob Az:

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						*	
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p> <p>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</p>													
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p>													

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018							

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	5,2	12	0,64	0	-36%	64%		3,3
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	2,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: UROLOGIA

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01g	>		5,2	11						
		numero pazienti con diagnosi di tumore del testicolo o patologia metastatica o pz non operabili per comorbilità soggetti a GOM 100%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		attestazione della UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		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)	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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	2,0	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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														

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
043

UOC UROLOGIA MASSA

Totale pesì 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

101_1FCH201

4

UOC CHIRURGIA VASCOLARE MASSA

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,8

2,0

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%	*	1,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	0,5						*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33	0,5						*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	0,5						*			cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>	0,37	0,80	0,3	12	0,49	0	-39%	58%	3	*	0,2
				Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											M
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,93	0,95	0,3	12	0,95	0	0%	100%	*	0,3	M
				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											cio

Report Infview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,8

23,6

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	56,63	0,3	12	33,28			100%	1	*	0,3	M
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,56	7,31	0,5	12	8,70	1	19%	30%	3	*	0,2
				Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:											

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO

dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane

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

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,94	0,94	2,3	12	0,41	-1	-56%	100%		*	2,3	M	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	2,3		
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:													
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	1,1	12	2,00	2	#Error e	0%		*	0,0		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
			ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>	%.		0,6	12				100%	vr	3	*	0,6	
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:													
			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,93	-1,93	3,4	12	-2,37	0	23%	100%	2	*	3,4	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-3,55	-3,55	1,1	12	-2,99	1	-16%	20%	2	*	0,2		
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	<	N.	92,89	60,86	3,4	12	79,45	19	31%	82%	4	*	2,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica:													
			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Apuane													
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	95,69	93,06	5,7	12	100,00	7	7%	100%	3	*	5,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:													
			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane													
			ricalcolato valore di struttura													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,1						*		cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,1	M
			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	1,1	12	80,00	0	0%	100%		*	1,1	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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							
	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

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0								15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.568.751,79	1.568.751,79	15,0	12	1.509.895,13	-58.857	-4%	100%	3*	15,0	M	cio
				Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12						*		cio
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI						35,0								25,6	
						12,6								4,6	

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	'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_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,4	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,4	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,4	12	100,00	10	11%	100%	*	1,4	
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,4	12	0,40	-1	-60%	40%	*	0,6	
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	41,77	45,95	1,4	42,00	-4	-9%	5%	*	0,1	M
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	1,4	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,4	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	PROGETTUALITA DIP
4 - Ob Az:					2,2							2,2	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					5,0								4,0
-----------------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		*	3,6
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	1,4	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Inviato Documento SNLG 2011

4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,2								2,2
----------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

PROGETTUALITA DI

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

PROGETTUALITA DIP

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					11,6								11,6
--------------------------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01	> %	280,00	308,00	5,8	12	341,00	33	11%	100%		5,8	M
		Aumento 10-15% rivascularizzazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie

		i-P17O01a	< %	6,00	6,00	5,8	12	4,00	-2	-33%	100%		5,8	M
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

Valore di presidio

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO					1,4								1,1
-----------------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,4	11	0,75	0	-25%	75%		*	1,1
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018									

si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,1
-------------------------------	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------

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

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,1		
2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 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 attivita' 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	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,6	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	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	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															

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
2014

**UOC CHIRURGIA VASCOLARE
MASSA**

Totale pesì 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

101_1FMG205

SEZ. DERMATOLOGIA MASSA

2

1 - Obiettivi MeS

25,0

20,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,8

8,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.3 Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	93,13	90,00	5,9	12	94,46	4	5%	100%	*	5,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,7	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,6		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	0,7	12	99,46	1	1%	100%	*	0,7	M
			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	0,7						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,7						*			
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,7						*			cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,37	0,80	1,1	12	0,49	0	-39%	58%	3	0,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,93	0,95	1,1	12	0,95	0	0%	100%	*	1,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												cio

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,8

7,4

C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 DrG LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.		0,0	12					3	*		
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												

nessun drg >15casi

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	1,5											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	1,5	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,5	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	1,5	12	80,00	0	0%	100%		*	1,5			cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale															cts
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,5	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,5			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale															cts
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,5	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,5	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	1,5	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,5	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													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,4

4,4

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,9			
		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)															
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	1,5	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,5	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

30,0

30,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

30,0

30,0

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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

Valutazione 2017

AZ07.133	Appropriatezza farmaceutica	i-AZ07.133 incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 (infliximab) sul totale del gruppo L04AB (inibitori TNF alfa) superiore al 65 %	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12						*		impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infliximab viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto.		
AZ07.134		i-AZ07.134 anti TNF alfa: prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti candidati al trattamento con farmaco biologico nel 100% dei casi	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12						*		impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infliximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto		
AZ07.135		i-AZ07.135 prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept: raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12						*		impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infliximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto		
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	<	€. 11.411,93 11.411,93 Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:	30,0	12	3.043,60	-8.368	-73%	100%	vr	3	*	30,0	M	cio
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	>	%. Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12						*		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta		cio

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	1,6	12	1,00	0	0%	100%	1,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,6	11						
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,6	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	1,6	12	80,38	-10	-11%	89%		1,4
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								

RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	440,58	484,64	1,6	12	2,00	-483	-100%	0%	*	0,0
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

4 - Ob Az:				0,0							
------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA				3,9							3,9
----------------------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	3,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture								

4 - Ob Az: D.M.P.O.				2,4							2,4
---------------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTUALITA DI								

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTUALITA DIP								

4 - Ob Az: DERMATOLOGIA				14,2							4,7
-------------------------	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.88	Omogeneizzazione del percorso di chirurgia ambulatoriale	i-AZ07.88 Definizione di un documento	>	1,00	4,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Sollecitato; in attesa di risposta								

mail. Dr. Bagnoni 2019-03-06

AZ07.89	Omogeneizzazione dei setting di erogazione delle prestazioni (ord/dh/ds/ambu)	i-AZ07.89 Predisposizione di un documento di proposta di omogeneizzazione da sottoporre alla valutazione della direzione sanitaria	>	1,00	4,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	1,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Sollecitato; in attesa di risposta								

mail dr. bagnoni del 2019-03-06

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati per melanoma con linfonodo sentinella/ numero interventi con GOM	>		4,7	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				richiesti a responsabile								

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 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 attivita' 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	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101_1FM
G2052

SEZ. DERMATOLOGIA MASSA

Totale pesì

100,0

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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_211056 UOS DERMATOLOGIA LUCCA

1 - Obiettivi MeS

25,0

14,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,8

3,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.3	>	81,53	90,00	5,9	12	75,12	-15	-17%	0%	*	0,0		
		Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,7	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,6		cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										cts	
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,7	12	99,46	1	1%	100%	*	0,7	M	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										cts	
		B8.4.11	> N.	97,36	0,7						*				
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,7						*				
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		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	
		B8.4.14a	>	0,35	0,80	1,1	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,6	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	> N.	1,08	0,95	1,1	12	1,12	0	18%	100%	*	1,1	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,8

7,4

C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	0,0	12						4 *	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca							
nessun drg >15casi												

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

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

Valutazione 2017

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	4,4	4,4
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	30,0	30,0
2 - Obiettivi ECONOMICI	30,0	30,0

Pagina 212 di 349

AZ07.133	Appropriatezza farmaceutica	i-AZ07.133 incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 (infliximab) sul totale del gruppo L04AB (inibitori TNF alfa) superiore al 65 %	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12							*		impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infliximab viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto.
AZ07.134		i-AZ07.134 anti TNF alfa: prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti candidati al trattamento con farmaco biologico nel 100% dei casi	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12							*		impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infliximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto
AZ07.135		i-AZ07.135 prescrizione del biosimilare dell'infliximab e dell'etanercept: raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12							*		impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infliximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI e NON SANITARI	<	€. 31.686,30 31.686,30	30,0	12	26.444,36	-5.242	-17%	100%	vr	3	*	30,0	M bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 0,20 vs MPond strutt: 0,11)
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	>	%.	0,0	12							*		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	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_3STR_A_3TAT_2	2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,6	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STR_A_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,6	11					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STR_A_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	
		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:										
<hr/>													
		RT1.2	>	3.599,72	3.959,69	1,6	12	4.861,00	901	23%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az: 0,0

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 3,9

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	3,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture								

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,4

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTUALITA DI								

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTUALITA DIP								

4 - Ob Az: DERMATOLOGIA 14,2

AZ07.88	Omogeneizzazione del percorso di chirurgia ambulatoriale	i-AZ07.88 Definizione di un documento	>	1,00	4,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Sollecitato; in attesa di risposta								

mail. Dr. Bagnoni 2019-03-06

AZ07.89	Omogeneizzazione dei setting di erogazione delle prestazioni (ord/dh/ds/ambu)	i-AZ07.89 Predisposizione di un documento di proposta di omogeneizzazione da sottoporre alla valutazione della direzione sanitaria	>	1,00	4,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	1,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Sollecitato; in attesa di risposta								

mail dr. bagnoni del 2019-03-06

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati per melanoma con linfonodo sentinella/ numero interventi con GOM	>		4,7	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				richiesti a responsabile								

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_21105
6

UOS DERMATOLOGIA LUCCA

Totale pesì 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_420087 SC UROLOGIA (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

5,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.6	>	97,34	90,00	2,6	12	97,78	8	9%	100%		*	2,6	M
		Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	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: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%		*	0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6								*		
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,6								*		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		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:											
		B8.4.14a	>	0,35	0,80	1,0	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,5	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	> N.	1,08	0,95	1,0	12	1,12	0	18%	100%		*	1,0	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

18,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	88%	4	*	0,5	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											

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,77	7,31	0,6	12	9,21	2	26%	43%	2*	0,3	M
		Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,00	0,00	0,6	12	0,22	0	#Error	0%		0,0	
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	>	0,00	100,00	2,6	12	0,00	-100	-100%	0%	0*	0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
		C10.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	<	17,99		2,6	12	68,00			100%	1*	2,6	
		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	95,93	30,00	2,6	12	50,71	21	69%	69%	-1*	1,8	M
		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0,6	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,6	
		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	9,00	9,00	0,3	12	13,00	4	44%	0%		0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	42,04	73,91	0,3	12	69,46	-4	-6%	100%	3*	0,3	M
		Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,89	-0,89	2,6	12	-0,91	0	2%	100%	2*	2,6	M
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,26	-0,26	2,0	12	-0,92	-1	256%	100%	2*	2,0	M
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	69,77	93,06	3,3	12	91,88	-1	-1%	100%	4*	3,3	M
		Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2								
		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	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%		1,2		cio	
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	373.863,86	373.863,86	15,0	12	404.721,96	30.858	8%	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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.	0,0	12						*		cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	<i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i>									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	9,8	4,0
-------------------------	-----	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	1,6	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa												
RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,6	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali
RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,6	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali
RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,6	12	78,57	-11	-13%	87%		*		1,4	
RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,57	0	-43%	57%		*		0,9	
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	469,92	516,91	1,6	12	174,00	-343	-66%	0%		*		0,0

4 - Ob Az:

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						*				
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p> <p>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</p>																
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8			
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p> <p>PROGETTULITA' DIP</p>																

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	4,1	12	1,00	0	0%	100%	*	4,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	4,9	12	0,64	0	-36%	64%	*	3,1
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)						

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 6,6 4,7

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,1	12	1,00	0	0%	100%	*	4,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,5	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011						

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,2 2,2

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI						

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						

4 - Ob Az: RADIOTERAPIA 1,6 1,6

AZ07.83	omogeneizzazione del percorso terapeutico per la brachiterapia della prostata	i-AZ07.83 predisposizione di una procedura condivisa con gli urologi	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:		VEDI MAIL DR. BOSIO						

4 - Ob Az: UROLOGIA 4,9

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01g numero pazienti con diagnosi di tumore del testicolo o patologia metastatica o pz non operabili per comorbilità soggetti a GOM 100%	>		4,9	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile						

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7			
			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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7			
			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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,0	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											
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
			Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008

7

SC UROLOGIA (102)

Totale pesì 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_BD103220

SEZ. UROLOGIA AVC (105)

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

2,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.6 Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	93,44	90,00	2,6	12	56,41	-34	-37%	0%	*	0,0	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,5		cio cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M cio cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,6						*			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	>	%.	36,33	0,6						*			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,6						*			cio cts
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	1,0	12	0,67	0	-16%	30%	3	0,3	
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	1,0	12	0,96	0	1%	100%	*	1,0	cio
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

16,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	130,35	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	100%	4	0,6	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											

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,44	7,31	0,6	12	9,77	2	34%	41%	2*	0,3	M
		Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)												
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	#Error e	100%		0,6	
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	>	0,00	100,00	2,6	12	0,00	-100	-100%	0%	0*	0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C10.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	<	17,99		2,6	12	83,87			100%	0*	2,6	
		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	33,63	30,00	2,6	12	49,81	20	66%	0%		0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	<		1,92	0,6	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,6	
		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	2,00	2,00	0,3	12	2,00	0	0%	100%		0,3	
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,3	12				100%	vr 4*	0,3	
		Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,16	0,16	2,6	12	-0,47	-1	-387%	100%	2*	2,6	M
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,51	0,51	2,0	12	2,84	2	453%	20%	2*	0,4	
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	85,71	93,06	3,3	12	100,00	7	7%	100%	5*	3,3	M
		Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2								
		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	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%		1,2		cio	
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0						8,2
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.603,43	2.603,43	15,0	12	3.660,35	1.057	41%	55%	vr	3*	8,2	cio					
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts						
															bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1.66 vs MPond strutt: 0.18)					

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

F	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:	<i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i>									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	10,3	6,2
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	1,7	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa												
RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,7	11							*		
2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,7	11							*		
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,7	12	100,00	10	11%	100%		*	1,7		
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:		stesso valore UO UROLOGIA VDE (105)									
RT1.1	> %	1,00	1,7	12	0,60	0	-40%	60%		*	1,0		
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		stesso dato VDE									
RT1.2	>	596,72	656,39	1,7	12	727,00	71	11%	100%		*	1,7	M
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:		stesso dato VDE									

4 - Ob Az:

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						*	
			<i>Fonte obt:</i> - <i>val obt:</i> - <i>fonte verifica:</i>		<i>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito originariamente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</i>								

AZ OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0.9	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<div><div>100%</div></div>	<input type="text" value="0.9"/>
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTULITA' DIP						

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	5,2	12	0,64	0	-36%	64%		3,3
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)						

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011						

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI						

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						

4 - Ob Az: UROLOGIA

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001g numero pazienti con diagnosi di tumore del testicolo o patologia metastatica o pz non operabili per comorbidità soggetti a GOM 100%	>		5,2	11						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile						

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
			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	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6	cio cts	
			verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbalì 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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											

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pes Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
						<u>Valutazione</u>
						<u>p1 P2</u>

105_BD10
32209

SEZ. UROLOGIA AVC (105)

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

105_BD103330

8 UO UROLOGIA VDE (105)

1 - Obiettivi MeS

35,0

18,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

2,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.6 Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	90,89	90,00	2,6	12	47,48	-43	-47%	0%	*	0,0	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,5		cio cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M cio cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,6						*			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	>	%.	36,33	0,6						*			
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,6						*			cio cts
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	1,0	12	0,67	0	-16%	30%	3	0,3	
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	1,0	12	0,96	0	1%	100%	*	1,0	cio
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

13,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	124,72	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	67%	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											

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,26	7,31	0,6	12	9,68	2	32%	20%	2*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg			<	0,00	0,00	0,6	12	0,37	0	#Error e	0%		0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	>	0,00	100,00	2,6	12	0,00	-100	-100%	0%	0*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
C10.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata			<	17,99		2,6	12	98,00			100%	0*	2,6	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata			<	33,63	30,00	2,6	12	31,50	2	5%	59%	-1*	1,5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0,6	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,6	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi			<	5,00	5,00	0,3	12	17,00	12	240%	0%		0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
			ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,3	12				100%	vr 3*	0,3	
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	0,85	0,85	2,6	12	0,14	-1	-84%	100%	2*	2,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici			<	-0,33	-0,33	2,0	12	0,67	1	-305%	20%	2*	0,4	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	88,61	93,06	3,3	12	85,06	-8	-9%	0%	1*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)									
			ricalcolato valore di struttura											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2								
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,2	M	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	1,2	12	80,00	0	0%	100%		1,2		cio
															cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M	cio
															cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	1,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,3			
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:									valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale		
	Valutazione interna	E1b	>	1,00	0,0	12						*	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	cio
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:											cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente											cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	143.731,36	143.731,36	15,0	12	234.466,93	90.736	63%	30%	3*	4,5		cio
															cts

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	> %.	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
----------	--	---------	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	10,3	6,2
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	1,7	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa												
RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,7	11								*	
2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,7	11								*	
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,7	12	100,00	10	11%	100%		*	1,7		
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
RT1.1	> %	1,00	1,7	12	0,60	0	-40%	60%		*	1,0		
9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
RT1.2	>	596,72	656,39	1,7	12	727,00	71	11%	100%		*	1,7	M
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

4 - Ob Az:

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						*	
			<i>Fonte obt:</i> - <i>val obt:</i> - <i>fonte verifica:</i>		<i>personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito originariamente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA</i>								

AZ OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0.9	12	1,00	0	0%	100%	0.9
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018						
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	5,2	12	0,64	0	-36%	64%		3,3
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)						
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					6,9							4,9
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011						
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,3							2,3
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI						
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						
4 - Ob Az: UROLOGIA					5,2							
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01g numero pazienti con diagnosi di tumore del testicolo o patologia metastatica o pz non operabili per comorbilità soggetti a GOM 100%	>		5,2	11						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile						
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,2
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,2
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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
			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	2,0	12	1,00	-2	-67%	63%	3	1,3	cio cts
			verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pes Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
						<u>Valutazione</u>
						<u>p1 P2</u>

105_BD10
33308

UO UROLOGIA VDE (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_HL02DER **UOC DERMATOLOGIA LIVORNO****1 - Obiettivi MeS****25,0****21,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,0****8,0**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.3	>	97,59	90,00	5,0	12	99,64	10	11%	100%		5,0	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,6	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: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	>	N.	97,36		0,6					*			
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	>	%.	36,33		0,6					*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		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:											
		B8.4.14a	>		0,80		0,9	12	0,61	0	-24%	100%	3*	0,9	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_ - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
		B8.4.14b	>	N.	0,95		0,9	12	0,97	0	2%	100%	*	0,9	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**11,2****10,0**

C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	>	%.	100,00	93,06	3,7	12	100,00	7	7%	100%	4*	3,7
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno								

ricalcolato valore di struttura

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2											cio
																	cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,2			M cio
																	cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,2	12	80,00	0	0%	100%		*	1,2			cio
																	cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,2			cio
																	cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,2	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,2			M cio
																	cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,2			M cio
																	cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,8

3,7

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

30,0

9,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

30,0

9,0

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

AZ07.133	Appropriatezza farmaceutica	i-AZ07.133 incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 (infiximab) sul totale del gruppo L04AB (inibitori TNF alfa) superiore al 65 %	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12											
																	impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infiximab viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto.
AZ07.134		i-AZ07.134 anti TNF alfa: prescrizione del biosimilare dell'infiximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti candidati al trattamento con farmaco biologico nel 100% dei casi	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12											impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infiximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto
AZ07.135		i-AZ07.135 prescrizione del biosimilare dell'infiximab e dell'etanercept: raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole	>	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	0,0	12											impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infiximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	<	€. 104.819,00 104.819,00	30,0	12	141.651,39	36.832	35%	30%	3						cio
				Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	>	%.	0,0	12											cio
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													

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	1,6	12	1,00	0	0%	100%						cio
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													cts
																	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>		1,00	1,6	11										non pervenuti ancora i risultati regionali
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>		1,00	1,6	11										non pervenuti ancora i risultati regionali
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>		90,00	1,6	12	100,00	10	11%	100%						
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:													

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	1,6	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								

RT1.2	>	26,36	28,99	1,6	12	0,00	-29	-100%	0%	0,0
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								

4 - Ob Az:				0,0							
------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--

AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12					0,0
		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: AREA CHIRURGICA				3,9							
----------------------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	3,9
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						

4 - Ob Az: D.M.P.O.				2,4							
---------------------	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	1,6
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI						

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	0,8
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						

4 - Ob Az: DERMATOLOGIA				14,2							
-------------------------	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--

AZ07.88	Omogeneizzazione del percorso di chirurgia ambulatoriale	i-AZ07.88	>	1,00	4,7	12	0,75	0	-25%	75%	3,6
		Definizione di un documento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Sollecitato; in attesa di risposta						

mail. Dr. Bagnoni 2019-03-06

AZ07.89	Omogeneizzazione dei setting di erogazione delle prestazioni (ord/dh/ds/ambu)	i-AZ07.89	>	1,00	4,7	12	0,25	-1	-75%	25%	1,2
		Predisposizione di un documento di proposta di omogeneizzazione da sottoporre alla valutazione della direzione sanitaria	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Sollecitato; in attesa di risposta						

mail dr. bagnoni del 2019-03-06

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>		4,7	11					
		numero pazienti operati per melanoma con linfonodo sentinella/ numero interventi con GOM	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile						

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,6	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HL02
DER

**UOC DERMATOLOGIA
LIVORNO**

Totale pesì

Pesì
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

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

106_HL03CV

A UOC CHIRURGIA VASCOLARE AZIENDALE LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,8

2,1

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,4		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%		*	1,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		0,5							*		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		0,5							*		
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00		0,5							*		
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>	0,80		0,3	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	0,3	
				Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)										
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,95		0,3	12	0,97	0	2%	100%		*	0,3	
				Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,8

18,1

C	Valutazione sanitaria	C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti	< %.	37,67	0.3	12	33,28			100%	1 *	0.3	M
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
C1	Capacità di governo della domanda	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								

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

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,30	0,30	2,3	12	0,41	0	37%	0%		0,0		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	1,92	2,3	12	0,00	-2	-100%	100%	3	2,3			
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	1,1	12	0,00	0	#Error e	100%		1,1		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>	%.	59,12	73,91	0,6	12	79,33	5	7%	100%	5	0,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,22	-1,22	3,4	12	-2,38	-1	95%	100%	2	3,4	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-2,62	-2,62	1,1	12	-3,57	-1	36%	100%	2	1,1	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	<	N.	97,95	60,86	3,4	12	99,49	39	63%	30%	3	1,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 60,86 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Livornese												
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	89,47	93,06	5,7	12	85,72	-7	-8%	40%	4	2,3	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,1								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5	1,1	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												cio
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	1,1	12	80,00	0	0%	100%		1,1	cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,1	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	M cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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								
	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								15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	648.721,46	1.002.500,00	15,0	12	871.615,90	-130.884	-13%	100%	vr	*	15,0	cio
				Fonte obt: az - val obt: 1.002.500 - fonte verifica:				bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 4,85 vs MPond strutt: 2,50)							cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12						*		cio
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

						35,0								21,4	
						12,6								6,2	

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,4	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,4	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,4	12	100,00	10	11%	100%	*	1,4	
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,4	12	0,60	0	-40%	60%	*	0,9	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	427,15	469,87	1,4	527,00	57	12%	100%	*	1,4	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
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	1,4	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,4	11					*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
RT_STR 4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_STR_4CONT_1 Rete piede diabetico	>	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							
4 - Ob Az:					2,2	2,2							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	1,4	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

Inviato Documento SNLG 2011

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

PROGETTUALITA DI

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

PROGETTUALITA DIP

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

P17O01	Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa	i-P17O01	> %	280,00	308,00	12	341,00	33	11%	100%	*	5,8	M
		Aumento 10-15% rivascularizzazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie

		i-P17O01a	< %	6,00	6,00	12	8,00	2	33%	0%	*	0,0	
		Riduzione 10% amputazioni	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

Valore di presidio

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	1,4	11	0,75	0	-25%	75%	*	1,1	
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018

5 - Obiettivi QUALITA'

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

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								13,3	
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 attivita' 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	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,7	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	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	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														

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HL03
CVA

**UOC CHIRURGIA VASCOLARE
AZIENDALE LIVORNO**

Totale pesi **100,0**

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

106_HL03UR

UOC UROLOGIA LIVORNO

O

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

5,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.6 Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.	55,57	90,00	2,6	12	92,58	3	3%	100%	*	2,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,5		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	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M
			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	0,6							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	0,6							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,6							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	1,0	12	0,61	0	-24%	100%	3	*	1,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)												
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,95	1,0	12	0,97	0	2%	100%	*	1,0		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

14,3

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												

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

C1	Capacità di governo della domanda	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	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,00	0,00	0,6	12	0,25	0	#Error e	0%		0,0	
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	>	0,00	100,00	2,6	12	0,00	-100	-100%	0%	0*	0,0	
		C10.1.2 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	<	17,99		2,6	12	89,12			100%	0*	2,6	
		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<	67,67	30,00	2,6	12	51,74	22	72%	42%	-1*	1,1	M
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	<	12,50	1,92	0,6	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	0,6	M
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	42,00	42,00	0,3	12	40,00	-2	-5%	100%		0,3	M
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	59,12	73,91	0,3	12	79,33	5	7%	100%	5*	0,3	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,89	-0,89	2,6	12	-0,41	0	-54%	20%	2*	0,5	
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-2,11	-2,11	2,0	12	-1,79	0	-15%	20%	2*	0,4	
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	56,00	93,06	3,3	12	85,72	-7	-8%	100%	4*	3,3	M
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,2								

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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,2	M	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	1,2	12	80,00	0	0%	100%		1,2		cio
															cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M	cio
															cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	261.172,38	261.172,38	15,0	12	233.006,41	-28.166	-11%	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: 1,66 vs MPond strutt: 0,66)

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.	0,0	12						*		cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	<i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i>									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	10,3	4,1
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	1,7	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

[illegible]

4 - Ob Az:

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						*	
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p> <p>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</p>													
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p>													

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018						
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	5,2	12	0,64	0	-36%	64%		3,3
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)						
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					6,9							4,9
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture						
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	2,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011						
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,3							2,3
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI						
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						
4 - Ob Az: UROLOGIA					5,2							
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01g numero pazienti con diagnosi di tumore del testicolo o patologia metastatica o pz non operabili per comorbilità soggetti a GOM 100%	>		5,2	11						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile						
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,2
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,2
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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
				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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
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	2,0	12	1,00	-2	-67%	63%	3	1,3	cio cts	
verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbalì 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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														

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL03
URO

UOC UROLOGIA LIVORNO

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_22 UOC DERMATOLOGIA VERSILIA

1 - Obiettivi MeS

25,0

21,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,5

7,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.3	>	%.	70,14	90,00	4,8	12	98,02	8	9%	100%	*	4,8	M
		Percentuale di prime visite specialistiche dermatologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
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: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,6							*		
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,6							*		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi		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:											
		B8.4.14a	>		0,41	0,80	0,9	12	0,50	0	-37%	53%	3*	0,5	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:											
		Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)													
		B8.4.14b	>	N.	1,02	0,95	0,9	12	0,95	0	0%	100%	*	0,9	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,9

10,7

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-0,80	-0,80	0,0	12					2*		
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: mes - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,48	0,48	1,2	12	-0,83	-1	-273%	100%	2	*	1,2	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	0,00	93,06	3,6	12	100,00	7	7%	100%	3	*	3,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia													
			ricalcolato valore di struttura													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,2							*		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	796,00	795,00	1,2	12	713,00	-82	-10%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts
Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS															

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

AZ07.133	Appropriatezza farmaceutica	i-AZ07.133	>			0,0	12						
		incidenza delle giornate di terapia erogate del gruppo L04AB02 (infiximab) sul totale del gruppo L04AB (inibitori TNF alfa) superiore al 65 %	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infiximab viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto.													

AZ07.134		i-AZ07.134	>			0,0	12						
		anti TNF alfa: prescrizione del biosimilare dell'infiximab e dell'etanercept nei nuovi pazienti candidati al trattamento con farmaco biologico nel 100% dei casi	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infiximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto													

AZ07.135		i-AZ07.135	>			0,0	12						
		prescrizione del biosimilare dell'infiximab e dell'etanercept: raggiungimento del 30% del consumo di biosimilare sulla prescrizione complessiva delle due molecole	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
impossibilità di calcolo dell'indicatore per la Dermatologia, in quanto l'infiximab ed etanercept viene attribuito come consumo alla farmaceutica di Livorno che fa gli ordini per tutte le strutture aziendali, ad eccezione della gastroenterologia di Massa. Quindi è impossibile determinare le strutture che effettivamente utilizzano tale prodotto													

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	31.459,28	31.459,28	30,0	12	21.300,53	-10.159	-32%	100%	vr	3	30,0	M	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:														cts
		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 0,20 vs MPond strutt: 0,12)															
		Euro01a	> %.			0,0	12									cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta																	

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	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.													

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,6	11										
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali										
RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%			>	1,00	1,6	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	1,6	12	98,34	8	9%	100%		*	1,6			
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:													
RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)			> %	1,00	1,6	12	0,80	0	-20%	80%		*	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)			>	16,91	18,60	1,6	12	364,00	345	1857%	100%		*	1,6		M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:													

4 - Ob Az:

0,0

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

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

3,9

3,9

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	3,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

4 - Ob Az: D.M.P.O.

2,4

2,4

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DERMATOLOGIA

14,2

4,7

AZ07.88	<u>Omogeneizzazione del percorso di chirurgia ambulatoriale</u>	i-AZ07.88	>	1,00	4,7	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	3,6
Definizione di un documento			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Sollecitato; in attesa di risposta							
mail. Dr. Bagnoni 2019-03-06												

* = 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.89	Omogeneizzazione dei setting di erogazione delle prestazioni (ord/dh/ds/ambu)	i-AZ07.89 Predisposizione di un documento di proposta di omogeneizzazione da sottoporre alla valutazione della direzione sanitaria	>	1,00	4,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	1,2
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Sollecitato; in attesa di risposta							

mail dr. bagnoni del 2019-03-06

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati per melanoma con linfonodo sentinella/ numero interventi con GOM	>		4,7	11					*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile							

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

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

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

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
			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)							

cio
cts

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

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_22

**UOC DERMATOLOGIA
VERSILIA**

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_68L5 **UROLOGIA (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

4,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.6	>	25,10	90,00	2,6	12	63,21	-27	-30%	59%		1,5	M
		Percentuale di prime visite specialistiche urologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,6	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: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
		B8.4.1	>	%.	99,38	0,6	12	99,46	1	1%	100%		0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,6								
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,6								
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi		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:										
		B8.4.14a	>		0,41	0,80	1,0	12	0,50	0	-37%	53%	3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)										
		B8.4.14b	>	N.	1,02	0,95	1,0	12	0,95	0	0%	100%		cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

17,1

C1	Capacità di governo della domanda	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: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										

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

C1	Capacità di governo della domanda	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:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
		C8b.2_prod	<	0,08	0,08	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	*	0,6	M
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.1	>	100,00	100,00	2,6	12	0,00	-100	-100%	0%	0*	0,0	
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
		C10.1.2	<	17,99		2,6	12	35,00			100%	2*	2,6	
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla prostata	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
		C10.4.2	<	47,67	30,00	2,6	12	47,68	18	59%	0%	-1*	0,0	
		Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	Fonte obt: mes - val obt: 30 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<		1,92	0,6	12	0,00	-2	-100%	100%	4*	0,6	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	51,00	51,00	0,3	12	66,00	15	29%	0%	*	0,0	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.			0,3	12				100%	vr 3*	0,3	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-1,34	-1,34	2,6	12	-1,36	0	1%	100%	2*	2,6	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:	La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture										
		C2a.M_dip	<	-0,47	-0,47	2,0	12	-1,03	-1	120%	100%	2*	2,0	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	55,38	93,06	3,3	12	80,53	-13	-13%	97%	3*	3,2	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,2						*		
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,2	M	cio
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									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	1,2	12	80,00	0	0%	100%	*	1,2		cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,6	M	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,6	M	cio
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI													15,0					4,5
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	474.986,93	474.986,93	15,0	12	652.761,20	177.774	37%	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				

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.	0.0	12						*		cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	10,3	4,5
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	1,7	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa												
RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,7	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,7	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,7	12	100,00	10	11%	100%		*		1,7	
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	1,7	12	0,63	0	-38%	62%		*		1,1	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:													
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	392,34	431,58	1,7	12	313,00	-119	-27%	0%		*		0,0
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:													

4 - Ob Az:

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						*	
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p> <p>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</p>													
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	0,9
<p>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</p>													

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

AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018							

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	5,2	12	0,64	0	-36%	64%		3,3
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%		4,3
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	2,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,6
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: UROLOGIA

P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01g	>		5,2	11						
		numero pazienti con diagnosi di tumore del testicolo o patologia metastatica o pz non operabili per comorbilità soggetti a GOM 100%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		richiesti a responsabile							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		attestazione della UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
		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)	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".

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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
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	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	2,0	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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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														

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
							<u>Valutazione</u>
							<u>p1 P2</u>

112_68L5

UROLOGIA (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)

D02D

AREA TESTA COLLO

Responsabile: Orazio Santonocito

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FCH034 UOC OCULISTICA APUANE

1 - Obiettivi MeS

30,0

22,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,0

4,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.9	>	79,87	90,00	2,5	12	86,40	-4	-4%	64%	<input type="checkbox"/>	1,6	M
		Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,9	12	61,66	-18	-23%	77%	<input type="checkbox"/>	*	0,7	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,9	12	99,46	1	1%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.11	> N.	97,36	0,9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="checkbox"/>
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.12	> %.	36,33	0,9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="checkbox"/>
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.13	> N.	90,00	0,9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="checkbox"/>
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

17,8

13,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	125,27	120,00	0.9	12	123,44	3	3%	75%	4 *	0.7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	0,00	0,00	0.4	12	0,00	0	#Error e	100%		0.4	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	0.9	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	0.9	
				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	<	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	#Error e	100%	*	0,4			
		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											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-0,51	-0,51	2,7	12	-0,40	0	-22%	20%	2	*	0,5		
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	>	%.	100,00	93,06	2,5	12	100,00	7	7%	100%	3	*	2,5	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
		ricalcolato valore di struttura														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	1,7						*			
		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	1,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,7	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											
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	1,7	12	80,00	0	0%	100%	*	1,7		
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.5.6	>	N.	99,20	75,00	1,7	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,7	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6	>	%	2,66	3,00	1,7	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,7	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.7.1	>	N.	83,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,7	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							4,2								4,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,5		
		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											

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

E	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	1,7	12	713,00	-82	-10%	100%		1,7	M	cio	
		Tasso di infortuni dei dipendenti	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
		diminuzione rispetto all'anno precedente														

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

6,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

6,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.476.490,42	1.476.490,42	20,0	12	1.720.438,14	243.948	17%	30%	3*	6,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts
		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
<hr/>														
		Euro01a	> %.			0,0	12							cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)												
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta														

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

23,0

3 - Obiettivi REGIONALI

17,3

6,6

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	2,9	11								
		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_3STRA_3TAT_3	>		2,9	12					100%	vr	*	2,9
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	doppione dell'indicatore B20b.1080.1.9										
		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,9	11							*	
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,9	12	0,00	-90	-100%	0%			*	0,0
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
		RT1.1	> %	1,00	2,9	12	0,29	-1	-71%	28%			*	0,8
		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:											

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	RT1.2	>	0,00	0,00	2,9	12	5,00	5	#Error	100%	*	2,9	M
-------------------	---------------------------------------	-------	---	------	------	-----	----	------	---	--------	------	---	-----	---

9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)

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

4 - Ob Az:						0,6							0,6	
------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

AZ_3PER S	<u>Assegnazione del personale medico specialista convenzionato</u>	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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA						4,6							3,3	
----------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	
definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture									

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	1,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4	
Definizione linee guida		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011									

4 - Ob Az: D.M.P.O.						0,4							0,4	
---------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	
estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP									

4 - Ob Az: OCULISTICA						9,2							9,2	
-----------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

AZ07.87	descrizione della rete oculistica	i-AZ07.87	>	1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%	*	9,2	
Definizione di un documento di analisi dell'offerta delle strutture dell'area		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		mail resp. area del 2018-10-25 con analisi attività oculistica									

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE						2,9							2,9	
---------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)	i-AZ07.43	>	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	
1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP									

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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	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)	
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3	2,2	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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	<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	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

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

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

*** 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

101_1FCH038 OTORINOLARINGOIATRIA (101)

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,6

4,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.2	>	%.		80,00	2,4	12					100%	vr	*	2,4	
		Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:		doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3											
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.		80,00	0,6	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:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	>	%.		99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%		*	0,6	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:		dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	>	N.		97,36	0,6								*		
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.12	>	%.		36,33	0,6								*		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		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:													
		B8.4.14a	>			0,37	0,80	0,6	12	0,49	0	-39%	58%	3	*	0,4	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)											
		B8.4.14b	>	N.		0,93	0,95	0,6	12	0,95	0	0%	100%		*	0,6	M cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:													

Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,7

17,3

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									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,56	7,31	2,4	12	8,70	1	19%	30%	3*	0,7		
				Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane								
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,24	0,24	1,6	12	1,15	1	379%	0%		0,0		
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	1,6	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	1,6		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	35,00	35,00	0,4	12	31,00	-4	-11%	100%		0,4	M	
				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr 3*	0,4		
				Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane								
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,66	-0,66	2,4	12	-0,26	0	-60%	20%	2*	0,5		
				Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	70,06	93,06	2,8	12	82,78	-10	-11%	85%	3*	2,4	M	
				Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,6								cio cts	
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,6	M cio cts	
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,6	12	80,00	0	0%	100%		1,6	cio cts	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,6	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,6	cio cts	
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,6	M cio cts	
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,6	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	353,37	159,80	2,8	12	201,34	42	26%	100%	3*	2,8	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	2,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,4
		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						*	
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 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016										cts

		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M	cio
			diminuzione rispetto all'anno precedente		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS										cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	87.859,45	87.859,45	15,0	12	150.981,55	63.122	72%	30%	3*	4,5		cio
			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts

		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12					*			cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

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

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	2,0	11							*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_3STRA_3TAT_3 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti			>	59,56	90,00	2,0	12	79,39	-11	-12%	65%		*	1,3
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%			>	1,00	2,0	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	53,73	-36	-40%	60%		*	1,2	
			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	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)			>	35,80	39,38	2,0	12	0,00	-39	-100%	0%		*	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

4 - Ob Az: 8,6 6,4

AZ_3PER	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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018								
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	6,1	12	0,64	0	-36%	64%		*	3,9	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura con pre-visite/visite (MS=0.83: LU=0.50: PI=0.62: LI=0.83: VI=0.32								

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 4,4 3,1

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,4								2,4
----------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: OTORINO					2,0								2,0
---------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------

AZ07.29	appropriatezza protesi acustiche	i-AZ07.29 Attuazione protocollo di assegnazione	>	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Riab. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E' stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono stati							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE					2,7								2,7
----------------------------------	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
			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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			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".

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3	2,2	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								
						inviati verbali								
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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											

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FCH
038

OTORINOLARINGOIATRIA
(101)

Totale pesì 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_420083 UOC OTORINOLARINGOIATRIA LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,9

4,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.2	>			2,5	12				100%	vr	*	2,5	
		Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3															
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: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	*	0,6	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,6							*		
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,6							*		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	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:												
		B8.4.14a	>		0,35	0,80	0,6	12	0,46	0	-43%	55%	3	*	0,3
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:												
Report Infoview "RFC_165 - Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b	>	N.	1,08	0,95	0,6	12	1,12	0	18%	100%	*	0,6	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,3

21,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	88%	4	*	0,5
		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								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,77	7,31	2,5	12	9,21	2	26%	43%	2 *	1,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	1,68	1,68	1,7	12	0,00	-2	-100%	100%	*	1,7	M
			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	1,7	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	1,7	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	1,00	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	42,04	73,91	0,4	12	69,46	-4	-6%	100%	3 *	0,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,05	-0,05	2,5	12	-0,70	-1	1361%	100%	2 *	2,5	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	85,35	93,06	2,9	12	91,88	-1	-1%	100%	4 *	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,7						*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,7	M cio cts
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,7	12	80,00	0	0%	100%	*	1,7	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,7	12	98,00	23	31%	100%	5 *	1,7	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,7	12	11,20	8	273%	100%	5 *	1,7	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,7	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.			1,5	12				100%	vr	3*	1,5	
			Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										

Iotorino incide solo per il 23% sul tatto totale; inoltre da 40 interventi nel 2016 sono passati a 32 del 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,8									3,8
--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	2,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2.5
		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 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

	E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M	cio
			diminuzione rispetto all'anno precedente		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	69.801,34	69.801,34	15,0	12	49.404,87	-20.396	-29%	100%	vr	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													cts

Euro01a	> %.	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
---------	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI						35,0									24,7
---	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI						13,1									6,6
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

* = 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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	2,2	11					*		
A_3TAT		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
		RT_3STRA_3TAT_3	>	87,06	90,00	2,2	12	87,01	-3	-3%	0%	*	0,0
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,2	11					*		
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,2	12	100,00	10	11%	100%	*	2,2	
		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:										
impossibilitati fino al 2018													
		RT1.2	>	0,00	0,00	2,2	12	0,00	0	#Error e	100%	*	2,2
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					9,4							7,0	
AZ_3PER	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12					*		
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA													
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del2018													

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

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	6,6	12	0,64	0	-36%	64%		4,2
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 4,8 3,4

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	1,8	12	0,25	-1	-75%	25%		0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,6 2,6

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%		0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: OTORINO 2,2 2,2

AZ07.29	appropriatezza protesi acustiche	i-AZ07.29	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2
		Attuazione protocollo di assegnazione	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Riab. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E' stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono stati							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE 3,0 3,0

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,....)	i-AZ07.43	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,2

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,2

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			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	2,2	12	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,4	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

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_42008
3

UOC
OTORINOLARINGOIATRIA
LUCCA

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

102_420086 UOC OCULISTICA LUCCA

1 - Obiettivi MeS

30,0

20,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,0

2,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.9	>	85,42	90,00	2,5	12	74,61	-15	-17%	0%	*	0,0	
		Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,9	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,7		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,9	12	99,46	1	1%	100%	*	1,9	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11	> N.	97,36	0,9						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,9						*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,9						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

17,8

13,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	126,60	120,00	0.9	12	123,44	3	3%	88%	4 *	0.8	M
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	0,00	0,00	0.4	12	0,00	0	#Error e	100%		0.4	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	0.9	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	0.9	
				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

C14	Appropriatezza medica	C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	11,00	11,00	0,4	12	11,00	0	0%	100%		*	0,4			
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,43	-0,43	2,7	12	-0,39	0	-10%	20%	2	*	0,5			
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	73,71	93,06	2,5	12	91,88	-1	-1%	100%	4	*	2,5	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,7						*				
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,7	M	
			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	1,7	12	80,00	0	0%	100%		*	1,7		
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:														
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	1,7	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,7		
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,7	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,7	M	
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,7	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							4,2									4,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,5			
			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														

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

E	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	1,7	12	713,00	-82	-10%	100%		1,7	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

20,0

6,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

6,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.287.495,57	1.287.495,57	20,0	12	1.323.532,22	36.037	3%	30%	3*	6,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts
<hr/>														
		Euro01a	> %.			0,0	12					*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

28,5

3 - Obiettivi REGIONALI

18,7

13,3

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

RT_3STR
A_3TAT STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa

a	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	2,7	11										
	2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali												
	RT_3STRA_3TAT_3	>		2,7	12					100%	vr		*	2,7	
	3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	doppione dell'indicatore B20b.1080.1.9												
	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,7	11								*		
	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali												
	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,7	12	100,00	10	11%	100%			*		2,7	
	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:													

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	RT1.1	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7		
	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:											
<hr/>														
		RT1.2	>	1,99	2,19	2,7	12	297,00	295	13474 %	100%	<input type="checkbox"/>	2,7	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

4 - Ob Az: 0,5 0,5

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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 4,3 3,1

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture										

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
Inviato Documento SNLG 2011												

4 - Ob Az: D.M.P.O. 0,4 0,4

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
PROGETTUALITA DIP												

4 - Ob Az: OCULISTICA 8,5 8,5

AZ07.87	descrizione della rete oculistica	i-AZ07.87	>	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%	*	8,5
		Definizione di un documento di analisi dell'offerta delle strutture dell'area	mail resp. area del 2018-10-25 con analisi attività oculistica									

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE 2,7 2,7

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)	i-AZ07.43	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
		PROGETTUALITA' DIP										

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,4

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,4

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,5	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)
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	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	2,2	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2	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	<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	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42008
6

UOC OCULISTICA LUCCA

Totale pesì 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_BD103330

UOC OCULISTICA VDE

5

1 - Obiettivi MeS

30,0

24,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,1

6,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.9	>			3,2	12				100%	vr		3,2	
Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)															
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3															
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	1,1	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,9	cio
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale															
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1	>	%.	99,38	2,4	12	99,46	1	1%	100%		*	2,4	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:															
dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11	>	N.	97,36	1,1							*		
Qualità del flusso informativo SDO															
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12	>	%.	36,33	1,1							*		
Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi															
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13	>	N.	90,00	1,1							*		cio
Qualità del flusso informativo SPA															
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

14,5

12,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	0,0	12						4	*	
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														
6 ricoveri totali														
		C8b.2_prod	<	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	#Error e	100%		*	0,5
% ricoveri oltre 30 gg														
Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<		1,92	1,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	1,1
% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica														
Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:														

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

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

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	2,1	12	713,00	-82	-10%	100%		2,1	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

20,0

11,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

11,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	649.044,35	649.044,35	20,0	12	702.201,94	53.158	8%	55%	vr	3*	11,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 5,36 vs MPond strutt: 5,01)

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

25,8

3 - Obiettivi REGIONALI

18,7

10,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riquadro alla formazione in materia di anticorruzione e										cts

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00		2,7	11								
		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_3	>	96,44	90,00	2,7	12	54,49	-36	-39%	0%		0,0		
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00		2,7	11								
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00		2,7	12	100,00	10	11%	100%		2,7		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)													

Fonte obt: RT - val obt: 90% - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3PAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7	
		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:										
<hr/>													
		RT1.2	>	5.877,21	6.464,93	2,7	12	7.129,00	664	10%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture									

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			Inviato Documento SNLG 2011									

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			PROGETTUALITA' DIP									

4 - Ob Az: OCULISTICA

AZ07.87	descrizione della rete oculistica	i-AZ07.87 Definizione di un documento di analisi dell'offerta delle strutture dell'area	>	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%	*	8,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			mail resp. area del 2018-10-25 con analisi attività oculistica									

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			PROGETTUALITA' DIP									

5 - Obiettivi QUALITA'

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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	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)		
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)		
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,2	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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	<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	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															

martedì 12 marzo 2019

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
33305

UOC OCULISTICA VDE

Totale pesì 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_BD103330

UO OTORINO VDE (105)

7

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,6

4,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.2 Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.		2,4	12					100%	vr		2,4
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%		*		0,5
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%		*	0,6
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	0,6								*	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi	>	%.	36,33	0,6								*	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	0,6								*	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,69	0,80	0,6	12	0,67	0	-16%	30%	3	*	0,2
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:															
Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,96	0,95	0,6	12	0,96	0	1%	100%		*	0,6
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:															

Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,7

14,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	124,72	120,00	0,6	12	123,44	3	3%	67%	4	*	0,4
Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:															
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO															

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	9,26	7,31	2,4	12	9,68	2	32%	20%	2	*	0,5	
		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: F.Lotti Pontedera (PI)											
		C8b.2_prod	<	0,00	0,00	1,6	12	0,00	0	#Error e	100%		*	1,6	
		% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<		1,92	1,6	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	1,6	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C4.9ass	<	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	#Error e	100%		*	0,4	
		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											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.			0,4	12				100%	vr	3	*	0,4
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)											
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	<	-0,32	-0,32	2,4	12	-0,24	0	-25%	20%	2	*	0,5	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	63,51	93,06	2,8	12	0,00	-93	-100%	0%	1	*	0,0	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)											
				ricalcolato valore di struttura											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,6							*		cio
		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	1,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,6	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											
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,6	12	80,00	0	0%	100%		*	1,6	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:											
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,6	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,6	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,6	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	1,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,6	M	cio
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	160,14	159,80	2,8	12	201,34	42	26%	30%	3*	0,8		
Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	2,4		
Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica: valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale															
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12								
annullato, si veda email SDGrande del 10/10															
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016															
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%		1,3	M	cio
diminuzione rispetto all'anno precedente Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS															

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							15,0		
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	36.290,06	36.290,06	15,0	12	38.250,77	1.961	5%	100%	vr	3*	15,0	cio
Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica: scostamento relativamente significativo															
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12								cio
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI						14,4							3,3		
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	------------	--	--

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	2,1	11					*			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_3 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	>	93,89	90,00	2,1	12	38,29	-52	-57%	0%	*	0,0	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,1	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	2,1	12	9,59	-80	-89%	11%	*	0,2		
				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	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,0		
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	8,45	9,30	2,1	12	2,00	-7	-78%	0%	*	0,0	
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					8,8								6,6	
AZ_3PERS 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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTULITA' DIP								
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP								

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

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	6,2	12	0,64	0	-36%	64%		4,0
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	1,7	12	0,25	-1	-75%	25%		0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%		0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: OTORINO

AZ07.29	appropriatezza protesi acustiche	i-AZ07.29	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1
		Attuazione protocollo di assegnazione	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Riab. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E' stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono stati							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,....)	i-AZ07.43	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			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	2,2	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pes Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
						<u>Valutazione</u>
						<u>p1 P2</u>

105_BD10
33307

UO OTORINO VDE (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_HL03NEC UOC NEUROCHIRURGIA AZIENDALE

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,4

5,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_neuro	>	21,23	21,23	2,8	12	25,42	4	20%	100%		2,8	M
		% visite entro 30gg (raggiunto se erogato stesso nr visite anno precedente)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	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:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest								cts
		B8.4.1	>	%.	99,38	0,5	12	99,46	1	1%	100%		0,5	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale								cts
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,5								
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,5								
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi		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
		B8.4.14a	>		0,80	0,7	12	0,61	0	-24%	100%	3	0,7	
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:		Report Infoview "RFC_165_- Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)								
		B8.4.14b	>	N.	0,95	0,7	12	0,97	0	2%	100%		0,7	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,3

19,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	123,41	120,00	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:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO							

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,20	7,31	2,3	12	9,40	2	29%	20%	2 *	0,5	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,65	0,65	2,3	12	1,21	1	86%	0%		0,0	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<			2,3	12				100%	vr 3 *	2,3	
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	26,00	26,00	0,9	12	26,00	0	0%	100%		0,9	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	59,12	73,91	0,5	12	79,33	5	7%	100%	5 *	0,5	M
C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	2,3	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	2,3	M
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	2,16	2,16	2,8	12	1,28	-1	-41%	100%	2 *	2,8	M
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,46	0,46	0,9	12	-0,68	-1	-249%	100%	2 *	0,9	M
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	25,00	93,06	2,3	12	85,72	-7	-8%	100%	4 *	2,3	M
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,4								cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,4	M cio cts
		C6.5.5 Indice di adesione 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 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,4	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,4	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,4	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,4	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	1,4	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,4	M cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,2

3,2

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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							
	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							cts
								dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata							
		E3	<	%.	796,00	795,00	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,9	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							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI													15,0	15,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	15,0	12					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
a fronte dell'aumento della spesa dell'1,36%, sono aumentati gli interventi del 10% ed il valore economico dell'attività del 35%														
		Euro01a	> %.	0,0	12							*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta														

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

27,1

		3 - Obiettivi REGIONALI				10,8							8,4	
--	--	-------------------------	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	-----	--

* = 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	1,8	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_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
		Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
Prospetto di sintesi sul livello di attuazione													
la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate													
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,8	11							
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,8	12	100,00	10	11%	100%		1,8	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,8	12	0,70	0	-30%	70%		1,3	
		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	>	868,73	955,60	1,8	12	1.169,00	213	22%	100%		1,8
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										M
4 - Ob Az:					7,2							5,2	
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
		revisione dell'organizzazione delle guardie attive	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
Presentato il prospetto relativo alla omogeneizzazione delle guardie. Obiettivo da eseguire operativamente nel corso del 2018													
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c	>	1,00	5,4	12	0,64	0	-36%	64%		3,4	
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32													
4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA					7,2							4,5	
AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		3,6	
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture													
P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a	> si/no	1,00	3,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,9	
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
Inviato Documento SNLG 2011													

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

4 - Ob Az: D.M.P.O.	2,7	2,7
---------------------	-----	-----

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

4 - Ob Az: DIP. CHIRURGICO	3,6	2,7
----------------------------	-----	-----

AZ07.85	Definizione della rete chirurgica	i-AZ07.85	>	1,00	3,6	11	0,75	0	-25%	75%	*	2,7
		Predisposizione di un documento di proposta di concentrazione della casistica (entro giugno)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		si fa riferimento al documento di programmazione elaborato nel corso del 2018							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE	3,6	3,6
---------------------------	-----	-----

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)	i-AZ07.43	>	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

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

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

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	>	N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	>	N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	>	N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1	>	N.	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8
		attestazione della UOC Qualita'	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.Scost.**
2016 **2017** 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										cts
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q04	> %	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	cio		
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)										cts
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3 *	0,0	cio	
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO										cts
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati															

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL03
NEC

**UOC NEUROCHIRURGIA
AZIENDALE**

Totale pesì 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_HL03OC

U.O.C. OCULISTICA LIVORNO CECINA (106)

U

1 - Obiettivi MeS

30,0

22,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,0

5,1

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.9	>	%.	69,29	90,00	2,5	12	90,13	0	0%	100%		2,5	M	
		Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,9	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,7	cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,9	12	99,46	1	1%	100%		*	1,9	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11	>	N.	97,36	0,9								*		cio
		Qualità del flusso informativo SDO		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12	>	%.	36,33	0,9								*		cts
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13	>	N.	90,00	0,9								*		cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA							17,8								13,5	
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	123,41	120,00	0,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,4	cio
		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												
		C8b.2_pro	<		0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	#Error	100%		*	0,4	cts
		% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<		1,92	0,9	12	0,00	-2	-100%	100%	3	*	0,9		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

C14	Appropriatezza medica	C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	4,00	4,00	0,4	12	4,00	0	0%	100%	*	0,4		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,61	-0,61	2,7	12	-0,37	0	-40%	20%	2	*	0,5	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	100,00	93,06	2,5	12	100,00	7	7%	100%	4	*	2,5
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno												
			ricalcolato valore di struttura												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,7					*			
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,7
			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	1,7	12	80,00	0	0%	100%	*	1,7	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	1,7	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,7
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,7	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,7
			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	1,7	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,7
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						4,2									4,2
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,5	
			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												

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	1,7	12	713,00	-82	-10%	100%		1,7	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

20,0

11,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

11,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	833.467,80	833.467,80	20,0	12	958.492,40	125.025	15%	55%	vr	3*	11,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 5,36 vs MPond strutt: 3,72)

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

24,7

3 - Obiettivi REGIONALI

18,7

9,5

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riquadro alla formazione in materia di anticorruzione e										cts

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00		2,7	11								
		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_3	>	69,29	90,00	2,7	12	90,13	0	0%	100%		2,7	M
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti												

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00		2,7	11							
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%												

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00		2,7	12	100,00	10	11%	100%		2,7	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)												

Fonte obt: RT - val obt: 90% - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	RT1.1	>	%	1,00	2,7	12	0,57	0	-43%	57%	<input type="checkbox"/>	1,5	
	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
<hr/>														
		RT1.2	>		1.405,78	1.546,35	2,7	12	1.121,00	-425	-28%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

AZ_3PERS 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					<input type="checkbox"/>	
				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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture								

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	<input type="checkbox"/>	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Inviato Documento SNLG 2011								

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTUALITA' DIP								

4 - Ob Az: OCULISTICA

AZ07.87	descrizione della rete oculistica	i-AZ07.87 Definizione di un documento di analisi dell'offerta delle strutture dell'area	>	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	8,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				mail resp. area del 2018-10-25 con analisi attività oculistica								

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTUALITA' DIP								

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	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	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	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)	
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3	2,2	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	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	<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	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HL03
OCU

**U.O.C. OCULISTICA LIVORNO
CECINA (106)**

Totale pesì

100,0

Pesì
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_HL03OR

U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA A VALENZA AZIENDALE (106)

L

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,6

4,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.2 Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>			2,4	12					100%	vr		2,4
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,6	12		61,66	-18	-23%	77%		*		0,5
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	0,6	12		99,46	1	1%	100%		*	0,6
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	0,6									*	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumasmi	> %.	36,33	0,6									*	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	0,6									*	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>	0,80	0,6	12		0,61	0	-24%	100%	3	*		0,6
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:															
Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,95	0,6	12		0,97	0	2%	100%		*		0,6
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:															
Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,7

18,8

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															

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,20	7,31	2,4	12	9,40	2	29%	20%	2 *	0,5	
					Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
		C8b.2_prod		<	0,00	0,00	1,6	12	0,00	0	#Error e	100%		1,6	
		% ricoveri oltre 30 gg			Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	1,6	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	1,6	
					Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:										
		C4.9ass	DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	2,00	2,00	0,4	12	0,00	-2	-100%	100%		0,4	M
					Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
					ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	59,12	73,91	0,4	12	79,33	5	7%	100%	5 *	0,4	M
					Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-1,06	-1,06	2,4	12	-1,51	0	42%	100%	2 *	2,4	M
					Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	91,92	93,06	2,8	12	96,06	3	3%	100%	4 *	2,8	M
					Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
					ricalcolato valore di struttura										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,6								cio
					Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,6	M
					Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,6	12	80,00	0	0%	100%		1,6	cio
					Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										
		C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,6	12	98,00	23	31%	100%	5 *	1,6	cio
					Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,6	12	11,20	8	273%	100%	5 *	1,6	M
					Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,6	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C7	Materno Infantile	B25.1a.5	< %.	176,91	159,80	2,8	12	201,34	42	26%	30%	3*	0,8
Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia			Fonte obt: mes - val obt: 159,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	2,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,4
		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							*	
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 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									cts

	E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,3	M	cio
			diminuzione rispetto all'anno precedente		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	82.291,32	82.291,32	15,0	12	71.322,67	-10.969	-13%	100%	vr	3	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts	

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 0,34 vs MPond strutt: 0,20)

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


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

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

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	6,2	12	0,64	0	-36%	64%	*	4,0
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 4,5 3,2

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	1,7	12	0,25	-1	-75%	25%		0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,4 2,4

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%		0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

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

AZ07.29	appropriatezza protesi acustiche	i-AZ07.29	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
		Attuazione protocollo di assegnazione	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		<i>Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Riab. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E' stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono stati</i>							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE 2,8 2,8

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,....)	i-AZ07.43	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,2

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,2

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	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
		attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							

2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
			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	2,2	12	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,4	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HL03
ORL

**U.O.C.
OTORINOLARINGOIATRIA A
VALENZA AZIENDALE (106)**

Totale pesì

100,0

Pesì
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_HP03OC

U.O.C. OCULISTICA PIOMBINO ELBA (106)

1 - Obiettivi MeS

30,0

24,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,1

6,5

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.9	Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	78,82	90,00	3,2	12	93,69	4	4%	100%	3,2	M
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	1,1	12	61,66	-18	-23%	77%	0,9	cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	2,4	12	99,46	1	1%	100%	2,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	1,1							
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33	1,1							
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:										
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.	90,00	1,1							cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

14,5

12,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.		0,0	12				4		
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				13 ricoveri totali										
		C8b.2_pro	% ricoveri oltre 30 gg	<		0,00	0,5	12	0,00	0	#Error	100%	0,5	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<		1,92	1,1	12	0,00	-2	-100%	100%	3	1,1
				Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:										

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

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

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	5,3	5,3
---	-----	-----

E	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E1	>	55,00	3.2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	3.2
		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								

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)											
	<i>annullato, si veda email SDGrande del 10/10</i>											

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 332 di 349

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	2,1	12	713,00	-82	-10%	100%		2,1	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

20,0

11,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

11,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	215.511,01	215.511,01	20,0	12	245.094,28	29.583	14%	55%	vr	3*	11,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 5,36 vs MPond strutt: 2,70)

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

24,5

3 - Obiettivi REGIONALI

18,7

9,4

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riquadro alla formazione in materia di anticorruzione e										cts

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00		2,7	11								
		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_3	>	78,82	90,00	2,7	12	93,69	4	4%	100%		2,7	M
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti												

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

		RT_3STRA_3TAT_4	>		1,00	2,7	11							
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%												

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>		90,00	2,7	12	29,55	-60	-67%	33%		0,9	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)												

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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	RT1.1	> %	1,00	2,7	12	0,20	-1	-80%	20%	<input type="checkbox"/>	0,5	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
<hr/>													
		RT1.2	>	163,10	179,41	2,7	12	562,00	383	213%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

AZ_3PERS 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					<input type="checkbox"/>	
				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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTULITA' DIP								

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture								

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	<input type="checkbox"/>	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				Inviato Documento SNLG 2011								

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTULITA' DIP								

4 - Ob Az: OCULISTICA

AZ07.87	descrizione della rete oculistica	i-AZ07.87 Definizione di un documento di analisi dell'offerta delle strutture dell'area	>	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	8,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				mail resp. area del 2018-10-25 con analisi attività oculistica								

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
				PROGETTULITA' DIP								

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	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)	
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3	2,2	verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 cumulativo con Livorno Cecina; 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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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	<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	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HP03
OCU

**U.O.C. OCULISTICA PIOMBINO
ELBA (106)**

Totale pesì

Pesì
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

112_46L5 **UOC OCULISTICA VERSILIA**

1 - Obiettivi MeS

30,0

24,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,7

5,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.9 Percentuale di prime visite oculistiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>			2,8	12					100%	vr		2,8	
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																
doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3																
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	1,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*		0,8		
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38 98,50	2,1	12	99,46	1	1%	100%		*		2,1	M	
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																
dato estratto da Infoview regionale																
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	1,0							*				
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33	1,0							*				
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00	1,0							*				
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,6

14,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,51	120,00	1,0	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,4
Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO															
		C8b.2_prod		<	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	#Error e	100%		*	0,5
		% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		1,92	1,0	12	0,00	-2	-100%	100%	4	*	1,0
Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	3,00	3,00	0,4	12	0,00	-3	-100%	100%		*	0,4	M	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<			0,0	12					2	*			
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	100,00	93,06	2,8	12	100,00	7	7%	100%	3	*	2,8	
			Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia													
			ricalcolato valore di struttura													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,8						*			
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,8	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,8	M
			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	1,8	12	80,00	0	0%	100%		*	1,8	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	1,8	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,8	
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,8	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N.	83,00	100,00	1,8	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA							4,6								4,6	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,8	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	2,8		
			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													

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	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	1,8	12	713,00	-82	-10%	100%		1,8	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

20,0

11,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

20,0

11,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	717.900,03	717.900,03	20,0	12	816.912,50	99.012	14%	55%	vr	3*	11,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 5,36 vs MPond strutt: 4,95)

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

27,8

3 - Obiettivi REGIONALI

18,7

12,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riquadro alla formazione in materia di anticorruzione e								cts

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>		1,00	2,7	11								
		2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_3	>	60,21	90,00	2,7	12	82,36	-8	-8%	74%		2,0	M	
		3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

		RT_3STRA_3TAT_4	>		1,00	2,7	11								
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>		90,00	2,7	12	100,00	10	11%	100%		2,7		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)													

Fonte obt: RT - val obt: 90% - 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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3PAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7	
		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:										
<hr/>													
		RT1.2	>	190,95	210,05	2,7	12	407,00	197	94%	100%	<input type="checkbox"/>	2,7
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28 definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture									

P03O02a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03O02a Definizione linee guida	> si/no	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			Inviato Documento SNLG 2011									

4 - Ob Az: D.M.P.O.

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			PROGETTUALITA' DIP									

4 - Ob Az: OCULISTICA

AZ07.87	descrizione della rete oculistica	i-AZ07.87 Definizione di un documento di analisi dell'offerta delle strutture dell'area	>	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%	*	8,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			mail resp. area del 2018-10-25 con analisi attività oculistica									

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
			PROGETTUALITA' DIP									

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

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 Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5		
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		
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	2,2	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,2	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_46L5

UOC OCULISTICA VERSILIA

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_50 **OTORINO (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,4

4,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.2 Percentuale di prime visite specialistiche otorinolaringoiatriche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	>	%.		80,00	2,3	12						100%	vr	*	2,3	
doppione dell'indicatore RT_3STRA_3TAT_3																		
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%		*			0,4	cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																		
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest																		
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.		99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%		*		0,6	M cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																		
dato estratto da Infoview regionale																		
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.		97,36	0,6								*			cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																		
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	>	%.		36,33	0,6								*			cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:																		
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	0,6								*			cio
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																		
		B8.4.14a Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>			0,41	0,80	0,6	12	0,50	0	-37%	53%	3	*		0,3	M
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica:																		
Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)																		
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.		1,02	0,95	0,6	12	0,95	0	0%	100%		*		0,6	cio
Fonte obt: mes - val obt: 0,95 - fonte verifica:																		

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,0

19,4

C1	Capacità di governo della domanda	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:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO						

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,01	7,31	2,3	12	8,57	1	17%	30%	3 *	0,7	
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,39	0,39	1,6	12	0,00	0	-100%	100%	* 1,6	M	
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<	1,23	1,92	1,6	12	0,00	-2	-100%	100%	4 *	1,6	M
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	89,00	89,00	0,4	12	57,00	-32	-36%	100%	* 0,4	M	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.			0,4	12				100%	vr 3 *	0,4	
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.C_dip Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	-0,45	-0,45	2,3	12	-0,89	0	97%	100%	2 *	2,3	M
		C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,51	-0,51	1,2	12	-1,33	-1	162%	100%	2 *	1,2	M
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	61,17	93,06	2,7	12	80,53	-13	-13%	91%	3 *	2,5	M
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,6						* 1,6		cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	1,6	M cio cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,6	12	80,00	0	0%	100%	* 1,6		cio cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,6	12	98,00	23	31%	100%	5 *	1,6	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 SPECIALITA' CHIRURGICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,6	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,6	M	cio
															cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	197,59	159,80	2,7	12	201,34	42	26%	30%	3*	0,8		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							4,5		
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	25.808,07	25.808,07	15,0	12	60.733,01	34.925	135%	30%	3*	4,5		cio
															cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12								cio

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI						35,0							24,6		
						14,4							7,5		

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	2,1	11					*			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_3 3) Riduzione Liste di attesa: per le prestazioni della delibera 1080/16 almeno il 90% delle prestazioni entro i tempi max previsti	>	74,45	90,00	2,1	12	80,63	-9	-10%	40%	*	0,8	M
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,1	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	2,1	12	100,00	10	11%	100%	*	2,1		
				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	2,1	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,5		
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	11,44	12,58	2,1	12	13,00	0	3%	100%	*	2,1	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					8,8								6,6	
AZ_3PERS 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_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTULITA' DIP								
AZ07.12	guardie attive	i-AZ07.12 revisione dell'organizzazione delle guardie attive	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP								

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

P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	6,2	12	0,64	0	-36%	64%		4,0
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:		Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)							

4 - Ob Az: AREA CHIRURGICA 4,5 3,2

AZ07.28	Uniformazione di inserimento nella classe di priorità	i-AZ07.28	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8
		definizione del catalogo delle priorità così come previsto dalla delibera sul percorso chirurgico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il catalogo è stato realizzato da quasi tutte le strutture							

P03002a	Definizione di una profilassi omogenea a livello di AV per profilassi antibiotica pre-operatoria	i-P03002a	> si/no	1,00	1,7	12	0,25	-1	-75%	25%		0,4
		Definizione linee guida	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Inviato Documento SNLG 2011							

4 - Ob Az: D.M.P.O. 2,4 2,4

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1
		Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DI							

AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33	>	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%		0,4
		estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP							

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

AZ07.29	appropriatezza protesi acustiche	i-AZ07.29	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1
		Attuazione protocollo di assegnazione	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Riab. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E' stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono stati							

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE 2,8 2,8

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,....)	i-AZ07.43	>	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%		2,8
		1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA' DIP							

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,2

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 14,2

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	2,2	12	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,4	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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	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	<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	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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_50

OTORINO (112)

Totale pesì **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)