

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

D01

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Responsabile: Roberto Bigazzi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

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

Performance in termini di:

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

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

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

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

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

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

D01

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Responsabile:

Macrostruttura

D01 DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,3

3,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	63,95	90,00	2,9	12	78,65	-11	-13%	56%		1,6	M		
		Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	0,9 - mes													
		B20b.1080.1.8	>	71,26	90,00	2,9	12	75,04	-15	-17%	20%		0,6	M		
		Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	0,9 - mes													
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1	> %.	100,69	100,00	0,7	12	98,86	-1	-1%	100%	vr	5 *	0,7	cts	
		Estensione corretta dello screening colorettrale	1 - mes				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
							La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture									
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.		80,00	0,4		61,66	-18	-23%	77%		0,3	cio		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - mes											cts		
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,4	12	99,46	1	1%	100%		0,4	M		
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 - mes				dato estratto da Infoview regionale									cio
		B8.4.11	> N.	97,36	95,00	0,4								cts		
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 - mes													
		B8.4.12	> %.	36,33	90,00	0,4										
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	0,9 - mes													
		B8.4.13	> N.		90,00	0,4								cio		
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - mes													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,1

18,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,52	120,00	1,4	12	123,44	3	3%	78%	4 *	1,1	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		120 - mes	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO									
		C5.1e	< N.	8,98	7,31	0,4	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	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO - Elaborazione ARS									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione 2017

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2_pro % ricoveri oltre 30 gg	<	1,08 mantenimento - azienda	1,08	0,4	12	1,13	0	5%	0%		0,0	
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> % 77,8 - mes	65,09	70,80	0,4	12	66,47	-4	-6%	54%	3 *	0,2	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> % 68,4 - mes	50,73	57,90	0,4	12	52,43	-5	-9%	54%	3 *	0,2	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> % 69,2 - mes	53,95	58,80	0,4	12	52,45	-6	-11%	0%	1 *	0,0	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> % 65,3 - mes	52,98	56,70	0,4	12	53,28	-3	-6%	28%	2 *	0,1	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> % 69,9 - mes	58,81	67,00	0,4	12	59,31	-8	-11%	26%	2 *	0,1	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	> % 46,5 - mes	36,62	43,70	0,4	12	35,37	-8	-19%	0%	1 *	0,0	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> % 70,9 - mes	65,27	67,10	0,4	12	63,72	-3	-5%	30%	3 *	0,1	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <= da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<			2,2	12				100%	vr 4 *	2,2	
l'obiettivo era riferito al tasso/popolazione residente; ATNO ha raggiunto l'obiettivo (1,62 VS 1,9) quindi se mantenuto numero assoluto, obiettivo raggiunto-> 134 casi 2016 vs 56 casi 2017														
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,76	1,61	2,2	12	2,48	1	54%	100%		2,2	
preso da MeS; non calcolabile per dipartimento														
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	2.935,00 mantenimento - mes	2.935,00	2,2	12	2.834,00	-101	-3%	100%		2,2	M

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> % 94,33 - mes		2,9	12				100%	vr	2 *	2,9	cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte RFC 106 Pronto Soccorso														cts
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N. 1,94 - mes	2,34	1,94	0,4	12	2,29	0	18%	33%	2 *	0,1	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO														
Valore mes altro														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	< mantenimento - azienda	0,87	0,87	2,2	12	0,86	0	-1%	100%	2 *	2,2	M
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3 - mes	2,61	3,00	0,7						*		cio
cts														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. 8 - azienda	5,99	8,00	0,7	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,7	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. >=80 - mes	88,20	80,00	0,7	12	80,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
cts														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> % >=3 - mes	2,66	3,00	0,7	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,7	M
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. 1 - mes	83,00	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,7	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - mes	3,00		2,9	12	2,69	0	-10%	90%	*	2,6	
valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

					2,9									2,2
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	> 0,55 - mes	55,00	1,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,4	
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	< %. 6,77 - mes	13,99	11,04	0,7	12	13,94	3	26%	2%	0 *	0,0	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016														cts

* = 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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	0,7	0,7
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6 % esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	> %. 0,85 - mes	85,00	0,7	12	100,00	15	18%	100%		0,7
------------	---------------------------------	---	--------------------	-------	-----	----	--------	----	-----	------	--	-----

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

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


[illegible]

Euro01a	>	%.	1,00	0.0	12						*		cio
Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	-				<i>Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta</i>								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	23,1
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	17,3	7,0
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	0,9	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-	<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>								

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.4	>	1,00	0,9	12	0,62	0	-38%	61%		0,6
-------------	--	--------	---	------	-----	----	------	---	------	-----	---	-----

Infarto miocardico acuto

DM70.6	>	1,00	0.9	12	1,00	0	0%	100%	*	0.9	
Angioplastica coronarica percutanea	<p>250 (di cui 30% primarie); Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta -> min 60% - DM70</p> <p>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 -> 18,18%</p>										

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di	RT_3STRA_1AV_1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	 *	0,9
---------	---	----------------	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

[illegible]

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1 Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	> -	1,00	0,9	12	0,75	0	-25%	75%	* 0,7
Prospetto di sintesi sul livello di attuazione											
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	0,9	11					*
non pervenuti ancora i risultati regionali											
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	> -	1,00	0,9	11					*
non pervenuti ancora i risultati regionali											
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	> 0,9 - RT	90,00	0,9	12	100,00	10	11%	100%	* 0,9
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> % 1 - AZ	1,00	0,9	12	0,62	0	-38%	62%	* 0,6
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	> 0,1 - AZ	55.464,25 61.010,68	0,9	12	64.199,00	3.188	5%	100%	* 0,9 M
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1 Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	> -	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	* 0,5
Le ACOT sono state attivate in tutte le zone distretto											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	> -	1,00	0,9	11					*
non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	> -	1,00	2,8	11					*
non pervenuti ancora i risultati regionali											
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	> -	1,00	2,8	11					*
non pervenuti ancora i risultati regionali											

* = 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

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	-									
Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b	>	1,00	0,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5
		definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	-									
Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale												
		i-P13O01b1	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		riduzione dei DH	-									
DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)												
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					0,9							
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a	> N.	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	-									
Azioni realizzate												
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					0,9							
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a	> si/no	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	-									
pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto												
4 - Ob Az: GASTROENTEROLOGIA					0,9							
AZ07.2	Erogazione uniforme delle colonoscopie	i-AZ07.2	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		definizione di un protocollo di uniformazione delle tipologie di colonoscopie (narcosi e sedazione) e regime	-									
documento predisposto e inviato												
4 - Ob Az: NEUROLOGIA					2,8							
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01b	>	1,00	0,9	11	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5
		Applicazione PTDA già definito	-									
In attesa evidenze sul grado di applicazione del documento												
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02b	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		Applicazione documento definito	-									
Definito e applicato												
P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05b	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		Applicazione linee guida definite (entro marzo)	-									
Il dipartimento dichiara di avere raggiunto l'obiettivo												
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					1,9							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	-									

Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia

P15003	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15003b	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		verifica rispetto rete - Massa patologie sonno correlate; Viareggio: procedure broncoscopiche di particolare impegno; Livorno: patologie polmonari di competenza chirurgica; Lucca: gestione di pazienti con particolare compromissione della ventilaz	-									

Incremento prestazioni da altre zone azienda: Pneumologia Massa Carrara incremento polisomnografia del 18% . Pneumopatia Livorno poi di competenza chirurgica 25% .NIV 25%

4 - Ob Az: REUMATOLOGIA 0,9 0,9

AZ07.59	Appropriatezza nell'uso dei farmaci reumatologici	i-AZ07.59	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
		Formalizzazione di azioni tese ad una maggiore appropriatezza nell'uso	-									

Azioni attuate dal Dipartimento tese ad una maggiore appropriatezza prescrittiva in accordo con Dip. farmaco

		i-AZ07.59b	>		0,0	12					*	
		riduzione costo farmaci	-									

Costi aumentati (da 19.911.029 nel 2016 a 21.490.2899 report BIRF

dato non disponibile

		i-AZ07.59c	>	1,00	0,0	12					*	
		Predisposizione di un progetto, con condividere con i professionisti medici, per la produzione interna dei farmaci reumatologici	-									

non realizzabile per esiguità attuale della terapia EV vs SC

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	> 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)	-									

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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
		attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	-									

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

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

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	1,00	3,0						3	*	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	-										

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

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

cio
cts

* = 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' MEDICHE

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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>
D01	DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE	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)

D01A

AREA DELLA DEGENZA MEDICA

Responsabile: Roberto Andreini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG102

MEDICINA GENERALE P.O. LUNIGIANA (101)

6

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

0,9

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:		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	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:										
		B8.4.12	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,7

20,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,32	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	93%	4	*	1,8	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.	8,51	7,78	0,5	12	9,63	2	24%	20%	2	*	0,1	
				Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 7,78 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)												
				C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	1,56	1,56	0,5	12	1,42	0	-9%	100%		*	0,5	M
				Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	67,15	70,80	0,5	12	68,48	-2	-3%	67%	3	*	0,3	M	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	55,47	57,90	0,5	12	56,45	-1	-3%	70%	3 *	0,3	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	52,45	58,80	0,5	12	51,02	-8	-13%	0%	1 *	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	57,39	56,70	0,5	12	57,97	1	2%	100%	2 *	0,5	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	60,00	67,00	0,5	12	54,17	-13	-19%	20%	2 *	0,1		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	47,86	43,70	0,5	12	42,48	-1	-3%	0%	1 *	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	68,80	67,10	0,5	12	68,76	2	2%	100%	3 *	0,5		
			Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	2,9		
			Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,66	1,61	2,9	12	3,48	2	116%	100%	*	2,9	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	17,00	17,00	2,9	12	83,00	66	388%	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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	98,78	94,33	3,8	12	99,33	5	5%	100%	5 *	3,8	M	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)										
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *			
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
			non attinente												

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		0,81	0,81	2,9	12	1,65	1	105%	20%	2*	0,6	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0								
			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: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,8	12	2,34	-1	-22%	78%		3,0	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Lunigiana												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,0	1,0
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare		Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:								

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	264.683,75	264.683,75	15,0	12	286.956,92	22.273	8%	55%	vr	3	8,2
		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: 6,32 vs MPond strutt: 5,27)

Euro01a	> %.	0,0	12					*					
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	16,4
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	6,0
-------------------------	------	-----

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

'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	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6
		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						

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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	11							*	
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										

non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,6	12	92,78	3	3%	100%	*	1,6
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,80	0	-20%	80%	<input type="checkbox"/>	1,3		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	1.053,21	1.158,53	1,6	12	936,00	-223	-19%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11				<input type="checkbox"/>			
			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	1,6	11					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
4 - Ob Az:					4,8	4,8								
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					<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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,2		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018											
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico											
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno											

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	
				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

101_1FM
G1026

**MEDICINA GENERALE P.O.
LUNIGIANA (101)**

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

101_1FMG202

MEDICINA GENERALE P.O. APUANA (101)

6

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,3

0,8

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,0

25,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	75%	4	*	1,3	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												
C5.1e			< N.	8,56	7,33	0,5	12	8,70	1	19%	30%	3	*	0,1	
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 7,33 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												
C8b.2_prod			<	2,83	2,12	0,9	12	2,50	0	18%	47%		*	0,4	M
% ricoveri oltre 30 gg			Fonte obt: dir dip - val obt: -25% - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	63,69	70,80	0,5	12	61,68	-9	-13%	30%	3	*	0,1	cio
% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	47,09	57,90	0,5	12	45,93	-12	-21%	30%	3	*	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3	> %	56,82	58,80	0,5	12	55,70	-3	-5%	0%	1	*	0,0	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4	> %	57,85	56,70	0,5	12	59,38	3	5%	100%	2	*	0,5	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.2	> %.			0,0	12					2	*		
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		non attinente													
		C11a.2.3	>			0,0	12					1	*		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		non attinente													
		C11a.5.1	> %	66,91	67,10	0,5	12	64,88	-2	-3%	30%	3	*	0,1	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	2,7	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	2,08	1,61	2,7	12	2,34	1	45%	100%		*	2,7	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass	<	26,00	26,00	2,7	12	13,00	-13	-50%	100%		*	2,7	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	76,39	94,33	3,6	12	97,45	3	3%	100%	4	*	3,6	M
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2	*		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		non attinente													

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		2,93	2,93	5,4	12	2,02	-1	-31%	100%	2*	5,4	M
			Fonte obt: mes - val obt: -50% - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	0,9								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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,4	12	80,00	0	0%	100%		0,4	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,6	12	2,45	-1	-18%	82%		2,9	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,9		
		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)					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	0,9	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									

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 0,9 0,9

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	0,9	12	100,00	15	18%	100%	*	0,9
			% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare									
			Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.359.110,17	1.359.110,17	15,0	12	1.287.443,52	-71.667	-5%	100%	3 *	15,0
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									

Euro01a	> %.	0,0	12						*	
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 16,7

3 - Obiettivi REGIONALI 23,9 6,4

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:									

'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	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
--------------------	---	------------------	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;

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_2	>	1,00	1,6	11					*	
-------------------	---------------------------------------	-----------------	---	------	-----	----	--	--	--	--	---	--

2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)

non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	1,6	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	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	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	1,00	0	0%	100%	*	1,6		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	401,30	441,42	1,6	12	321,00	-120	-27%	0%	*	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	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	1,6	11					*			
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
4 - Ob Az:					4,8	4,8								
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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018											
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico											
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZ03 ed RZ03K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno											

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

1,6

1,6

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	
				verbal di trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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' MEDICHE

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_1FM
G2026

**MEDICINA GENERALE P.O.
APUANA (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

102_421089 SC MEDICINA INTERNA H LUCCA (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,6

0,9

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,5

19,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	2,0	12	123,44	3	3%	88%	4	*	1,7	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.	9,77	7,51	0,5	12	9,21	2	23%	45%	2	*	0,2	M
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 7,51 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
		C8b.2_prod	<	0,84	0,84	0,5	12	1,75	1	108%	0%		*	0,0	
% ricoveri oltre 30 gg			Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	64,22	70,80	0,5	12	63,60	-7	-10%	30%	3	*	0,2	cio
% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	55,11	57,90	0,5	12	53,73	-4	-7%	30%	3	*	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	48,97	58,80	0,5	12	46,91	-12	-20%	0%	1	*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	53,89	56,70	0,5	12	53,74	-3	-5%	20%	2	*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.			0,0	12					2	*		
			Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			non attinente												
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>			0,0	12					1	*		
			Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			non attinente												
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	65,05	67,10	0,5	12	64,26	-3	-4%	30%	3	*	0,2	
			Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	2,9	
			Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,10	1,61	2,9	12	2,50	1	55%	100%		*	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:			preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	16,00	16,00	2,9	12	34,00	18	113%	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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	33,18	94,33	3,9	12	85,93	-8	-9%	100%	2	*	3,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2	*		
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
			non attinente												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,76	0,76	2,9	12	1,50	1	99%	20%	2*	0,6	
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%	2,61	3,00	1,0							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	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0
				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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,9	12	2,08	-1	-31%	69%		
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0	
				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
				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	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		1,0
				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".

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
			% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare									
			Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	585.528,12	585.528,12	15,0	12	704.540,13	119.012	20%	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:													
		L7 "102_SL0104" Or "102_SL0105" Or "102_SL0106" Or "102_SL0107" Or "102_SL0108" Or "102_SL010C"													
		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 6,32 vs MPond strutt: 4,17)													
		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	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.							
RT_3STR A 2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
		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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	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	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6	
		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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STR	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	0,71	0	-29%	71%	*	1,1	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	0,00	0,00	1,6	36,00	36	#Error	100%	*	1,6	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - 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	4,8	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
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	1,6	11					*		
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					4,8						*	4,8	
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:										
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,6						*	1,6	

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	
				verbal di trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

102_42108
9

**SC MEDICINA INTERNA H
LUCCA (102)**

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

102_421090

UOC MEDICINA GENERALE VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,3

0,8

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,5	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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,1

23,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	130,50	1,7	12	123,44	3	3%	100%	4	1,7	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C5.1e	< N.	10,18	0,5	12	12,09	4	50%	0%	0	0,0		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 8,05 - fonte verifica:											
		C8b.2_prod	<	2,71	0,9	12	2,23	0	10%	71%	*	0,6	M	
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: dir dip - val obt: -25% - fonte verifica:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	69,02	0,5	12	70,86	0	0%	100%	3	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:											

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	63,46	57,90	0,5	12	62,45	5	8%	100%	3 *	0,5		
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
				C11a.1.3	> %	48,88	58,80	0,5	12	47,57	-11	-19%	0%	1 *	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
				C11a.1.4	> %	57,23	56,70	0,5	12	58,31	2	3%	100%	2 *	0,5	M
				Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
				C11a.2.2	> %.	66,99	67,00	0,5	12	65,95	-1	-2%	20%	2 *	0,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
				C11a.2.3	>	38,54	43,70	0,5	12	33,74	-10	-23%	0%	1 *	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
				C11a.5.1	> %	65,86	67,10	0,5	12	65,21	-2	-3%	30%	3 *	0,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,6	12	1,43	0	-26%	100%	5 *	2,6		
				Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
				C14.4_dip	>	4,72	1,61	2,6	12	4,74	3	194%	100%	*	2,6	M
				Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
				C4.9ass	<	228,00	228,00	2,6	12	190,00	-38	-17%	100%	*	2,6	M
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			3,5	12				100%	vr 2 *	3,5		
				Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte RFC 106 Pronto Soccorso										
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *			
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				non attinente												

* = 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' MEDICHE

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	<		3,70	1,85	5,2	12	3,40	2	84%	36%	2*	1,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: -50% - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	0,9								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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,4	12	80,00	0	0%	100%		0,4	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,5	12	2,45	-1	-18%	82%		2,8	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Valle del Serchio												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,9		
			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
			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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,9	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													

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	0,9	0,9
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	0,9	12	100,00	15	18%	100%	*	0,9
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	490.861,68	490.861,68	15,0	12	454.164,15	-36.698	-7%	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
		tolti i cdc del dh oncologico che nel 2017 gli erano attribuiti														
		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	17,3
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	6,9
-------------------------	------	-----

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:		'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_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6
		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							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	1,6	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:									
<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>														

RT_3STRA_3TAT_4		>	1,00	1,6	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	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,36	-1	-64%	36%	*	0,6			
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	380,41	418,45	1,6	12	677,00	259	62%	100%	*	1,6	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	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	1,6	11					*				
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:					4,8	4,8									
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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno												

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,1
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,1
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
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	1,00	-2	-67%	63%	*	1,6	
				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

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

102_42109
0

**UOC MEDICINA GENERALE
VDS**

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

105_BD103220 UO MEDICINA AVC (105)

2

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,4

0,9

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:		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	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:										
		B8.4.12	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,7

26,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	130,35	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	100%	4 *	1.9	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	8,28	0,5	12	9,77	1	18%	51%	2 *	0,2	M
				Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 8,28 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)									
		C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	0,71	0,71	0,5	12	0,21	-1	-70%	100%		0,5	M
				Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	74,74	70,80	0,5	12	77,74	7	10%	100%	3 *	0,5	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	64,59	57,90	0,5	12	67,93	10	17%	100%	3 *	0,5	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	50,43	58,80	0,5	12	46,95	-12	-20%	0%	1 *	0,0			
			Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
	C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	51,49	56,70	0,5	12	51,56	-5	-9%	21%	2 *	0,1	M		
			Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	73,01	67,00	0,5	12	75,28	8	12%	100%	2 *	0,5	M	cio	
			Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
	C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	48,95	43,70	0,5	12	49,39	6	13%	100%	1 *	0,5	M		
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,00	67,10	0,5	12	57,72	-9	-14%	30%	3 *	0,1			
			Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,8	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	2,8		
			Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
	C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>			2,8	12				100%	vr *	2,8			
			Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
			l'obiettivo è raggiunto; errore di calcolo												
	C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	70,00	70,00	2,8	12	51,00	-19	-27%	100%	*	2,8	M		
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	97,31	94,33	3,7	12	95,58	1	1%	100%	4 *	3,7		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)										
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	5,44	1,94	0,5	12	3,92	2	102%	64%	2 *	0,3	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
			Valore mes Alta Val di Cecina												

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		-0,52	-0,52	2,8	12	-1,38	-1	168%	100%	2*	2,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	0,9								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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,7	12	2,74	0	-9%	91%		3,4	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Alta Val di Cecina												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	0,9		
		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)					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	0,9	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									

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	0,9	0,9
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	0,9	12	100,00	15	18%	100%	*	0,9
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	239.706,83	239.706,83	15,0	12	141.770,16	-97.937	-41%	100%	3	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

Euro01a	> %.	0.0	12							*		cio
Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	18,3
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	8,0
-------------------------	------	-----

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:										
<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>													

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	cio
		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:										

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_2	>	1,00	1,6	11					*		cio
		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	1,6	11						*		cio
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	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6			
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	0,99	1,09	1,6	12	33,00	32	2916%	100%	*	1,6	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	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	1,6	11					*				
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:					4,8	4,8									
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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno												

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

1,6

1,6

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	
				verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalizzati pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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' MEDICHE

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
32202

UO MEDICINA AVC (105)

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

105_BD103320

2

MEDICINA GENERALE H VDE

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

0,9

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,7

23,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	124,72	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	67%	4	*	1,3	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												
C5.1e			< N.	9,26	7,60	0,5	12	9,68	2	27%	20%	2	*	0,1	
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 7,6 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)												
C8b.2_prod			<	0,71	0,71	0,5	12	0,21	-1	-70%	100%		*	0,5	M
% ricoveri oltre 30 gg			Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	66,38	70,80	0,5	12	72,48	2	2%	100%	3	*	0,5	M
% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	53,95	57,90	0,5	12	59,93	2	4%	100%	3*	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3	> %	52,29	58,80	0,5	12	51,11	-8	-13%	0%	1*	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4	> %	48,55	56,70	0,5	12	49,79	-7	-12%	35%	2*	0,2	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.2	> %.	57,83	67,00	0,5	12	62,06	-5	-7%	66%	2*	0,3	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.3	>	35,32	43,70	0,5	12	35,78	-8	-18%	5%	1*	0,0	M	
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.5.1	> %	65,36	67,10	0,5	12	63,64	-3	-5%	30%	3*	0,1		
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	2,9		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	1,35	1,61	2,9	12	1,80	0	12%	100%	*	2,9	M	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass	<	292,00	292,00	2,9	12	169,00	-123	-42%	100%	*	2,9	M	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %			3,8	12				100%	vr	0*	3,8	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - 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															
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2*			
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
non attinente															

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,71	-0,71	2,9	12	0,31	1	-144%	20%	2*	0,6	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%	2,61	3,00	1,0							cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0
			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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,8	12	2,69	0	-10%	90%		3,4
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO											

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		1,0
			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
			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	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		1,0
			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".

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,0	1,0
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare		Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:								

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	12,0
-------------------------	------	------

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	12,0
-------------------------	------	------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	598.424,84	598.424,84	15,0	12	611.189,15	12.764	2%	80%	vr	3	12,0
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:										

al netto delle immunoglobuline (a prescrizione neurologica) e caspofungin (per infezioni germi multiresistenti) scostamento è +2%. Bonus 50%

Euro01a	> %.	0,0	12					*					
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	17,3
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	6,9
-------------------------	------	-----

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

'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	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6
		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						

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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	11							*	
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										

non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,6	12	86,14	-4	-4%	96%	*	1,5
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,39	-1	-61%	39%	<input type="checkbox"/>	0,6			
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:			tolta dottoressa Sibilia che è passata da nefro avc (dove faceva ambulatorio) a med gen VDE (dove non fa ambulatori)									
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	1.247,00	1.371,70	1,6	12	1.609,00	237	17%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:			tolta dottoressa Sibilia che è passata da nefro avc (dove faceva ambulatorio) a med gen VDE (dove non fa ambulatori)									
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					<input type="checkbox"/>				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>			
			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	1,6	11					<input type="checkbox"/>				
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
4 - Ob Az:					4,8	4,8									
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					<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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,2			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018									
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			obiettivo assegnato solo al Dip medico									
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Progetto See& teach attivato a Livorno									

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

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							

4 - Ob Az: DIP. MEDICO	3,2	2,4
------------------------	-----	-----

P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8
		definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
		riduzione dei DH	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)							

4 - Ob Az: FARMACEUTICA	1,6	1,6
-------------------------	-----	-----

P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a	>	N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
		Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate								

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	>	N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
		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)								

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
		attestazione della UOC Qualità	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)								

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
33202

MEDICINA GENERALE H 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

106_HC02MG

U.O.C. MEDICINA GENERALE CECINA (106)

E

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

0,9

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:		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	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:										
		B8.4.12	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,7

24,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	113,09	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8			
				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	6,55	0,5	12	8,95	2	37%	30%	3	*	0,1	
				Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 6,55 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)												
				C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	0,83	0,83	0,5	12	0,51	0	-39%	100%		*	0,5	M
				Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	69,09	70,80	0,5	12	69,09	-2	-2%	30%	3	*	0,1		cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	47,63	57,90	0,5	12	50,96	-7	-12%	62%	3 *	0,3	M	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	53,04	58,80	0,5	12	51,55	-7	-12%	0%	1 *	0,0		
		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	48,45	56,70	0,5	12	48,20	-8	-15%	20%	2 *	0,1		
		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	59,15	67,00	0,5	12	61,76	-5	-8%	53%	2 *	0,3	M	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	35,37	43,70	0,5	12	36,98	-7	-15%	19%	1 *	0,1	M	
		Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	66,41	67,10	0,5	12	64,89	-2	-3%	30%	3 *	0,1		
		Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	2,9		
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:													
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	1,93	1,61	2,9	12	1,98	0	23%	100%	*	2,9	M	
		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	114,00	114,00	2,9	12	106,00	-8	-7%	100%	*	2,9	M	
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			3,8	12				100%	vr 1 *	3,8		cio cts
		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)											
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *			
		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		non attinente													

* = 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' MEDICHE

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	<		1,13	1,13	2,9	12	0,50	-1	-56%	100%	2*	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0								
			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: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,8	12	2,69	0	-10%	90%		3,4	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,0	1,0
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	253.218,94	253.218,94	15,0	12	289.713,38	36.494	14%	55%	vr	3	8,2
			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: 6,32 vs MPond strutt: 3,55)

Euro01a	> %.	0,0	12					*	
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	16,7
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	6,4
-------------------------	------	-----

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:							
			'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emerge alcuna situazione di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione sono stati organizzati corsi di formazione per tutti i dipendenti della società, con particolare riferimento ai dirigenti e ai collaboratori che svolgono attività di interfaccia con i clienti e i fornitori. Sono inoltre stati organizzati corsi di formazione per i dipendenti della società, con particolare riferimento ai dirigenti e ai collaboratori che svolgono attività di interfaccia con i clienti e i fornitori. Sono inoltre stati organizzati corsi di formazione per i dipendenti della società, con particolare riferimento ai dirigenti e ai collaboratori che svolgono attività di interfaccia con i clienti e i fornitori.									

'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	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6
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						

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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	11						*	
4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							

non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,6	12						*	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
MANCAVA DR CEI												
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	931,38	1.024,52	1,6	12	1.214,00	189	18%	100%	* 1,6 M
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMISO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					*	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					*	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	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	1,6	11					*	
Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:				4,8								4,8
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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno												
4 - Ob Az: D.M.P.O.				1,6								1,6

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	
				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC02	U.O.C. MEDICINA GENERALE	Totale pesi		100,0	
MGE	CECINA (106)			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_HE02MG

U.O.C. MEDICINA GENERALE ELBA (106)

0

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

0,9

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:		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	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	0,5						*		
				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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,7

25,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,17	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	100%	4	*	1,9	M
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
<hr/>																
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	13,15	8,75	0,5	12	10,26	2	17%	66%	1	*	0,3	M
				Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 8,75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)										
<hr/>																
		C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	0,52	0,52	0,5	12	1,24	1	138%	0%		*	0,0	
				Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
<hr/>																
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	70,83	70,80	0,5	12	70,24	-1	-1%	30%	3	*	0,1	cio
				Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	51,57	57,90	0,5	12	53,89	-4	-7%	67%	3 *	0,3	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	55,26	58,80	0,5	12	48,93	-10	-17%	0%	1 *	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	49,53	56,70	0,5	12	49,38	-7	-13%	20%	2 *	0,1		
			Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	63,27	67,00	0,5	12	67,79	1	1%	100%	2 *	0,5	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	40,13	43,70	0,5	12	39,68	-4	-9%	0%	1 *	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	63,95	67,10	0,5	12	56,79	-10	-15%	30%	3 *	0,1		
			Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	2,9		
			Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	1,93	1,61	2,9	12	1,98	0	23%	100%		2,9	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:			preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	314,00	314,00	2,9	12	277,00	-37	-12%	100%		2,9	M	
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	88,66	94,33	3,8	12	97,06	3	3%	100%	4 *	3,8	M	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *			
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
			non attinente												

* = 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' MEDICHE

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	<		0,05	0,05	2,9	12	-0,12	0	-330%	100%	2*	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,8	12	2,61	0	-13%	87%		3,3	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Elba												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,0	1,0
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	284.479,81	284.479,81	15,0	12	273.560,40	-10.919	-4%	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	17,9
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	7,6
-------------------------	------	-----

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:		'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_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
			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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	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	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,2			
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	746,90	821,59	1,6	12	1.107,00	285	35%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>	*		
			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	1,6	11					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:					4,8									4,8	
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					<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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,2		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,6		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno												

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

1,6

1,6

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

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	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2							2,4	
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6							1,6	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	<i>Azioni realizzate</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	<i>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</i>

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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

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

106_HE02
MG0

**U.O.C. MEDICINA GENERALE
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_HL02MG1 **MEDICINA GENERALE H LIVORNO (106)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

0,9

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%	<input type="checkbox"/>	*	0,4	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest									cts	
<hr/>																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,5	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale									cts	
<hr/>																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="text"/>
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
<hr/>																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="text"/>
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
<hr/>																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00		0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="text"/>
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cio
<hr/>																
cts																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,6

20,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	123,41	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8			
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
				C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,20	7,31	0,5	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1	
				Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno												
				C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<	1,14	1,14	0,5	12	0,89	0	-22%	100%		*	0,5	M
				Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	63,64	70,80	0,5	12	64,00	-7	-10%	35%	3	*	0,2	M	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	38,23	57,90	0,5	12	41,92	-16	-28%	49%	3 *	0,2	M	cio	
			% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
			C11a.1.3	> %	61,52	58,80	0,5	12	59,05	0	0%	100%	1 *	0,5		
			% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
			C11a.1.4	> %	53,91	56,70	0,5	12	53,61	-3	-5%	20%	2 *	0,1		
			% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
			C11a.2.2	> %.	63,28	67,00	0,5	12	63,23	-4	-6%	20%	2 *	0,1	cio	
			% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
			C11a.2.3	>			0,0	12					1 *			
			Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			non attinente													
			C11a.5.1	> %	65,12	67,10	0,5	12	63,58	-4	-5%	30%	3 *	0,2		
			% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.		Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	94,44	1,92	2,9	12	84,62	83	4307%	41%	3 *	1,2	M		
			% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:											
			C14.4_dip	>	3,21	1,61	2,9	12	2,56	1	59%	100%		2,9		
			% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
			C4.9ass	<	133,00	133,00	2,9	12	185,00	52	39%	0%		0,0		
			DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		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	C16.4	> %			3,9	12				100%	vr	0 *	3,9	cio	
			% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno								cts	
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2 *				
			Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
			non attinente													

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		1,39	1,39	2,9	12	0,52	-1	-63%	100%	2*	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,9	12	2,55	0	-15%	85%		3,3	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 1,0 1,0

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
			% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare									
			Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 8,2

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 8,2

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	314.257,11	314.257,11	15,0	12	362.753,48	48.496	15%	55%	vr	3	8,2
		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: 6,32 vs MPond strutt: 2,06)

Euro01a	> %.	0,0	12						*	
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 15,5

3 - Obiettivi REGIONALI 23,9 5,2

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:									

'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	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
			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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	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	1,6	12	40,33	-50	-55%	45%	*	0,7
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	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	0,44	-1	-56%	44%	<input type="checkbox"/>	* 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)	>	1.087,03	1.195,73	1,6	12	1.129,00	-67	-6%	39%	<input type="checkbox"/>	* 0,6
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					<input type="checkbox"/>	*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T						
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>	*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				non pervenuti ancora i risultati regionali						
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>	*	
			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	1,6	11					<input type="checkbox"/>	*	
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:				non pervenuti ancora i risultati regionali						
4 - Ob Az:					4,8							4,8	
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					<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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,2	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018						
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				obiettivo assegnato solo al Dip medico						
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZ03 ed RZ03K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,6	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:				Progetto See& teach attivato a Livorno						

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

1,6

1,6

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								13,2
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								13,2
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	*	0,7	
				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

106_HL02
MG1

**MEDICINA GENERALE H
LIVORNO (106)**

Totale pesi **100,0**

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

106_HP02MG

U.O.C. MEDICINA GENERALE PIOMBINO (106)

0

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,5

0,9

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:		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	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:										
		B8.4.12	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,7

24,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,93	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8		
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
				C5.1e	< N.	7,42	6,47	0,5	12	7,98	2	23%	40%	4	*	0,2	
				Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 6,47 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)									
				C8b.2_prod	<	1,23	1,23	0,5	12	1,48	0	20%	0%		*	0,0	
				% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	53,35	70,80	0,5	12	68,37	-2	-3%	100%	3	*	0,5	M	cio
				Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)																	

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	35,11	57,90	0,5	12	48,05	-10	-17%	87%	3 *	0,4	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3	> %	55,31	58,80	0,5	12	52,63	-6	-10%	0%	1 *	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)															
		C11a.1.4	> %	45,38	56,70	0,5	12	47,32	-9	-17%	37%	2 *	0,2	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.2	> %.	46,17	67,00	0,5	12	67,36	0	1%	100%	2 *	0,5	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)															
		C11a.2.3	>	40,66	43,70	0,5	12	40,11	-4	-8%	0%	1 *	0,0		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.5.1	> %	66,38	67,10	0,5	12	62,23	-5	-7%	30%	3 *	0,1		
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.		Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)															
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	2,9		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C14.4_dip	>	3,01	1,61	2,9	12	2,58	1	60%	100%	*	2,9		
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass	<	147,00	147,00	2,9	12	94,00	-53	-36%	100%	*	2,9	M	
DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	70,19	94,33	3,8	12	95,07	1	1%	100%	4 *	3,8	M	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2 *			
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
		non attinente													

* = 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' MEDICHE

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	<		1,01	1,01	2,9	12	0,61	0	-40%	100%	2*	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%	2,61	3,00	1,0								
			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: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,8	12	2,51	0	-16%	84%		3,2	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Val di Cornia												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,0	1,0
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	432.480,51	432.480,51	15,0	12	382.913,82	-49.567	-11%	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	16,6
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	22,7	5,2
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		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. Riferendo alla formazione in materia di anticorruzione e</i>								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	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
------------------------	--	------------------	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;

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_2	>	1,00	1,7	11					*	
-----------------------	--	-----------------	---	------	-----	----	--	--	--	--	---	--

2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)

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	>	1,7	12				100%	vr	*	1,7
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								

dati non congrui

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %		0,0	12							*	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
				dati non congrui										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>		0,0	12							*	
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
				dati non congrui										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,7	11							*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
				non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	5,2	11							*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
				non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	5,2	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	1,7	11							*	
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:										
				non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:					5,3									5,2
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	3,5	12	1,00	0	0%	100%			*	3,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
				Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018										
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
				obiettivo assegnato solo al Dip medico										
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZ03 ed RZ03K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%			*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
				Progetto See& teach attivato a Livorno										

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

1,7

1,7

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,5								2,6
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,7								1,7
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	
				verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalizzati pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

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

106_HP02
MG0

**U.O.C. MEDICINA GENERALE
PIOMBINO (106)**

Totale pesi 100,0

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

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

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

UO/UF

112_39L5 **MEDICINA GENERALE (112)****1 - Obiettivi MeS****35,0****28,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,5****0,9**

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**29,6****24,7**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		C5.1e	< N.	8,01	6,68	0,5	12	8,57	2	28%	30%	3	*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: ob mes 2016 - val obt: 6,68 - fonte verifica:												
		C8b.2_prod	<	1,41	1,41	0,5	12	1,40	0	-1%	100%		*	0,5	M
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: dir dip - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	71,98	70,80	0,5	12	70,77	0	0%	30%	3	*	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:												

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS
valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	61,03	57,90	0,5	12	59,73	2	3%	100%	3 *	0,5	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3	> %	54,53	58,80	0,5	12	53,44	-5	-9%	0%	1 *	0,0	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4	> %	60,08	56,70	0,5	12	59,55	3	5%	100%	2 *	0,5	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.2	> %.	68,66	67,00	0,5	12	66,32	-1	-1%	20%	2 *	0,1	
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.3	>			0,0	12					1 *		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		non attinente												
		C11a.5.1	> %	63,92	67,10	0,5	12	63,19	-4	-6%	30%	3 *	0,2	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	100,00	1,92	2,9	12	0,00	-2	-100%	100%	4 *	2,9	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C14.4_dip	>	2,76	1,61	2,9	12	2,48	1	54%	100%		2,9	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass	<	14,00	14,00	2,9	12	11,00	-3	-21%	100%		2,9	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	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	C16.4	> %			3,9	12				100%	vr 2 *
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2 *		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
		non attinente												

* = 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' MEDICHE

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	<		-0,32	-0,32	2,9	12	-0,72	0	124%	100%	2*	2,9	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	1,0								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	3,9	12	2,38	-1	-21%	79%		3,1	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,0	1,0
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:									

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	415.269,80	415.269,80	15,0	12	420.543,66	5.274	1%	100%	vr	3	15,0
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											

al netto velaglucerasi, imiglucerasi e caspofungin scostamento è +1,2%. Bonus 50%

Euro01a	> %.	0,0	12					*	
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	17,5
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	23,9	7,2
-------------------------	------	-----

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:									

'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	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
		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_2	>	1,00	1,6	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	1,6	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	1,6	12	100,00	10	11%	100%	*	1,6
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	* 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)	>	590,75	649,83	1,6	12	1.356,00	706	109%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,6	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
			RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,8	11					<input type="checkbox"/>	*		
			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	1,6	11					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:					4,8	4,8									
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					<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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,2			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,6			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno												

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

1,6

1,6

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2								2,4
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	
				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

cio
cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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_39L5

MEDICINA GENERALE (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)

D01C

AREA DELLE MALATTIE DISMETABOLICHE E RENALI

Responsabile: Vincenzo Panichi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG029

NEFROLOGIA DIALISI (101)

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

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									cts
<hr/>																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	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									cts
<hr/>																	
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36		0,6							*		
				Fonte obt:		mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
<hr/>																	
		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:											
<hr/>																	
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	0,6							*		cio
				Fonte obt:		mes - val obt: 90% - fonte verifica:											ct

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,0

24,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	125,27	120,00	2,2	12	123,44	3	3%	75%	4	1,6	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	C5.1e		< 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	C8b.2_prod		<			0,6	12				100%	vr		0,6
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:			SI TRATTA DI UN SOLO CASO										
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.			0,0	12					3		cio
			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
															non attinente

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	0,0	12						3 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			non attinente										
		C11a.1.3	> %	0,0	12						1 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			non attinente										
		C11a.1.4	> %	0,0	12						2 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			non attinente										
		C11a.2.2	> %.	0,0	12						2 *		
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			non attinente										
		C11a.2.3	>	0,0	12						1 *		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
			non attinente										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	3,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	3,3
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:										
		C14.4_dip	>	2,08	1,61	3,3	12	2,34	1	45%	100%		3,3
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura								
		C4.9ass	<	0,00	0,00	3,3	12	0,00	0	#Error e	100%		3,3
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	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	C16.4	> %	79,60	94,33	4,4	12	97,45	3	3%	100%	4 *	4,4
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane								
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-0,87	-0,87	3,3	12	0,74	2	-185%	20%	2 *	0,7
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,1							
		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
		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 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										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
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,4	12	2,45	-1	-18%	82%	*	3,6	
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,2

2,2

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 al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale						
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*		
								annullato, si veda email SDGrande del 10/10						
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016						cts
								dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata						
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	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

15,0

12,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

12,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.852.003,61	1.852.003,61	15,0	12	1.890.288,02	38.284	2%	80%	vr	3	12,0	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:				al netto degli aumenti dovuti a incremento del nr di dialisi ed al trattamento di un paziente particolare, lo scostamento è +2%. Bonus 50%								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

23,2

3 - Obiettivi REGIONALI

15,7

4,9

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_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	0,78	0	-22%	78%	*	1,4	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)
		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
		RT1.2	>	1.361,02	1.497,12	1,7	1.256,00	-241	-16%	0%	*	0,0	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)
		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11					*		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	1,7	11					*		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,7	11					*		Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente
		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									

4 - Ob Az:

1,8

1,7

* = 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

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

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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)														
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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														

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FM
G029

NEFROLOGIA DIALISI (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_1FMG201

S.S.D. DIABETOLOGIA (101)

1 - Obiettivi MeS

25,0

16,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,3

1,1

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

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

B8.4.13
Qualità del flusso informativo SPA

> N. 90,00 1,1
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,4

10,5

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	58,21	67,00	3,2	12	56,08	-11	-16%	20%	2	0,6		cio

% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata

Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

C11a.2.3
Residenti con Diabete con almeno un esame della retina

> 42,07 43,70 3,2
Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:

12 42,53 -1 -3% 28% 1 0,9
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,2									cio
															cts

Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)

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 2,2
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:

12 7,47 -1 -7% 100% 5 2,2
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
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:

12 80,00 0 0% 100% 1 1,1

C6.6
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti

> % 2,66 3,00 1,1
Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:

12 11,20 8 273% 100% 5 1,1
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 1,1
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:

12 100,00 0 0% 100% 5 1,1
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	4,3	12	2,45	-1	-18%	82%	*	3,5
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,3

4,3

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		2,2	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima			Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale								
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	2,2	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,2	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

9,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

9,0

euro diab	governo della spesa territoriale	euro_diab	<		6,0	11						*				
		consumo di presidi per autocontrollo glicemico e farmaci diabetologici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		IN CORSO DI ELABORAZIONE											
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	23.027,95	23.027,95	9,0	12	20.106,75	-2.921	-13%	100%	vr	3	9,0	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: 0,15 vs MPond strutt: 0,10)											
		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

45,0

35,1

3 - Obiettivi REGIONALI

17,6

8,8

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
				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.							
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	2,2	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	2,2	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	2,2	12	100,00	10	11%	100%	*	2,2	
				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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	6.816,00	7.497,60	2,2	12	8.323,00	825	11%	100%	*	2,2
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:		M							
				ricollata drssa lacaria									
RT_3STR A_3SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,2	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T							
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	2,2	11					*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
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: DIABETOLOGIA					23,0	23,0							

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

AZ07.79	progetto regionale di monitoraggio glicemico continuo	i-AZ07.79 adesione al progetto e rispetto dei limiti assegnati	>	1,00	7,7	12	1,00	0	0%	100%		7,7		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL LAURA 2.10									
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-P17O01 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	280,00	308,00	7,7	12	341,00	33	11%	100%		7,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie									
		i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	7,00	7,00	7,7	12	5,00	-2	-29%	100%		7,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidi di ex asl									

4 - Ob Az: DIP. MEDICO

2,2

1,1

P13001b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%		1,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							

4 - Ob Az: FARMACEUTICA

2,2

2,2

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

5 - Obiettivi QUALITA'





15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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)

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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
		inviati verbali													
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

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

101_1FM
G2019

S.S.D. DIABETOLOGIA (101)

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_1FMG207

S.S.D. REUMATOLOGIA (101)

1

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,3

3,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.reu	>	77,65	77,65	2,6	12	92,43	15	19%	100%		2,6	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche reumatologica erogate entro 30 gg nell'Ausl di residenza	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%		1,3	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.13	>	N.		90,00	1,3								
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,0

17,5

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	2,61	3,00	2,6										
		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	2,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,6	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	1,3	12	80,00	0	0%	100%		1,3			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.6	>	%	2,66	3,00	2,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	2,6	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	2,6	12	100,00	0	0%	100%	5*	2,6	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											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	>	N.		3,00	10,3	12	2,45	-1	-18%	82%		8,4			
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica		Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane											

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													7,8	7,8	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	5,2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	5,2		
		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)				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 Asl/ NO fonte Conto Annuale del personale 2016									
						dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata									
		E3	<	%.	796,00	795,00	2,6	12	713,00	-82	-10%	100%		2,6	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
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	158.918,21	158.918,21	15,0	12	134.541,05	-24.377	-15%	100%	3 *	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
dir dip conferma che gli è stato indicato lo switch dei biologici da sottocute ad infusione. TOLTI INFILIXIMAB E RITUXIMAB (+47451,01)														
		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

3 - Obiettivi REGIONALI										21,5						9,1
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1				
		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	3,1	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											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	3,1	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	3,1	12	85,95	-4	-4%	96%		*	2,9	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
		RT1.1	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
		RT1.2	>	2.986,09	3.284,70	3,1	2.197,00	-1.088	-33%	0%		*	0,0	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

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

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 ANNULA							

4 - Ob Az: DIP. MEDICO **3,1** **1,5**

P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	3,1	12	0,50	-1	-50%	50%		*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							

4 - Ob Az: REUMATOLOGIA **10,4** **5,2**

AZ07.59	Appropriatezza nell'uso dei farmaci reumatologici	i-AZ07.59 Formalizzazione di azioni tese ad una maggiore appropriatezza nell'uso	>	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%		*	5,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni attuate dal Dipartimento tese ad una maggiore appropriatezza prescrittiva in accordo con Dip. farmaco							
		i-AZ07.59b riduzione costo farmaci	>	1,00	5,2	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Costi aumentati (da 19.911.029 nel 2016 a 21.490.2899 report BIRF)							

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

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

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	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_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	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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	3,0	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										
				inviati verbal										
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0	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	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

101_1FM
G2071

S.S.D. REUMATOLOGIA (101)

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)

102_211055

S.S DIABET. E M. METAB (102)

25,0

14,5

2,3

1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	1,10	1,11	1,12	1,13	1,14	1,15	1,16	1,17	1,18	1,19	1,20	1,21	1,22	1,23	1,24	1,25	1,26	1,27	1,28	1,29	1,30	1,31	1,32	1,33	1,34	1,35	1,36	1,37	1,38	1,39	1,40	1,41	1,42	1,43	1,44	1,45	1,46	1,47	1,48	1,49	1,50	1,51	1,52	1,53	1,54	1,55	1,56	1,57	1,58	1,59	1,60	1,61	1,62	1,63	1,64	1,65	1,66	1,67	1,68	1,69	1,70	1,71	1,72	1,73	1,74	1,75	1,76	1,77	1,78	1,79	1,80	1,81	1,82	1,83	1,84	1,85	1,86	1,87	1,88	1,89	1,90	1,91	1,92	1,93	1,94	1,95	1,96	1,97	1,98	1,99	1,100
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%		1,1	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:	dato estratto da Infolview regionale										cts	
<hr/>															
		B8.4.13	> N.		90,00	1,1									cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts

18,4

9,1

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	57,49	67,00	3,2	12	56,56	-10	-16%	20%	2*	0,6		
			Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello AusI NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	20,47	43,70	3,2	12	17,96	-26	-59%	0%	1*	0,0		
			Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello AusI NO										
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	2,2							*		
			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	2,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,2	M	
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello AusI 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	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		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	
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello AusI NO										
		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	
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello AusI NO										

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	4,3	12	2,08	-1	-31%	69%	*	3,0
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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	2.2	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2.2	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	9,0
--------------------------------	-------------	------------

euro_diab	governo della spesa territoriale	euro_diab	<	6,0	11						*	
		consumo di presidi per autocontrollo glicemico e farmaci diabetologici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		IN CORSO DI ELABORAZIONE							

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	20.224,16	20.224,16	9,0	12	19.353,37	-871	-4%	100%	vr	3	*	9,0	M
		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: 0,15 vs MPond strutt: 0,08)											
Euro01a		> %.	0,0	12						*											
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	45,0	35,1
--------------------------------	-------------	-------------

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2		
				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.								
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	2,2	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	2,2	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	2,2	12	100,00	10	11%	100%	*	2,2		
				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	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2		
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	1.337,15	1.470,87	2,2	12	3.196,00	1.725	117%	100%	*	2,2	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_3SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,2	11					*			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T								
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	2,2	11					*			
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
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: DIABETOLOGIA					23,0	23,0								

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

AZ07.79	progetto regionale di monitoraggio glicemico continuo	i-AZ07.79 adesione al progetto e rispetto dei limiti assegnati	>	1,00	7,7	12	1,00	0	0%	100%		7,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL LAURA 2.10								
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-P17001 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	280,00	308,00	7,7	12	341,00	33	11%	100%	7,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie								
		i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	6,00	6,00	7,7	12	3,00	-3	-50%	100%	7,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidi di ex asl								

4 - Ob Az: DIP. MEDICO

2,2

1,1

P13001b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%		1,1	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale								

4 - Ob Az: FARMACEUTICA

2,2

2,2

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

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	
			Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	
			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)								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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
		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	* 2,5		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".

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_21105
5

S.S DIABET. E M. METAB (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

102_421095 SC NEFROLOGIA E DIALISI (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,0

23,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	2,2	12	123,44	3	3%	88%	4	1,9	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C5.1e	< N.	9,77	7,31	0,6	12	9,21	2	26%	43%	2	0,2	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:											
		C8b.2_prod	<	0,25	0,25	0,6	12	1,48	1	492%	0%	*	0,0	
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.			0,0	12					3		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:											
														non attinente

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	0,0	12						3 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		non attinente											
		C11a.1.3	> %	0,0	12						1 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		non attinente											
		C11a.1.4	> %	0,0	12						2 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		non attinente											
		C11a.2.2	> %.	0,0	12						2 *		
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		non attinente											
		C11a.2.3	>	0,0	12						1 *		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		non attinente											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	3,3	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	3,3
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:										
		C14.4_dip	>	2,10	1,61	3,3	12	2,50	1	55%	100%		3,3
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura								
		C4.9ass	<	14,00	14,00	3,3	12	8,00	-6	-43%	100%		3,3
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	42,04	94,33	4,4	12	85,93	-8	-9%	100%	2 *	4,4
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca								
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-0,23	-0,23	3,3	12	0,61	1	-366%	20%	2 *	0,7
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,1							
		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
		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								

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	0,5	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:									cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	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%	1,1	M cio
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO					cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,4	12	2,08	-1	-31%	69%	3,0	
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca					

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,2

2,2

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

15,0

8,2

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

8,2

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.595.153,92	1.595.153,92	15,0	12	1.670.152,95	74.999	5%	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: 7,67 vs MPond strutt: 7,41)											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

19,8

3 - Obiettivi REGIONALI

15,7

6,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													
RT_3STR A_3TAT	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:										
		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:										
		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	0,82	0	-18%	82%	*	1,4	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	>	766,79	843,47	1,7	1,989,00	1.146	136%	100%	*	1,7	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11					*		
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	1,7	11					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,7	11					*		
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

1,8

1,7

* = 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".

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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)														
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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>
102_42109	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Totale pesi		Per il punteggio finale	
5	(102)	100,0		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

105_BD103150

1 **UO DIALISI AVC E VDE**

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,7

1,3

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%	*	1,3	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale									cts

B8.4.13	> N.	90,00	1,3								*			cio
Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,1

21,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	124,72	120,00	5,2	12	123,44	3	3%	67%	4	*	3,5	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									

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	0.0	12						3	*		cio
		% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									

non attinente

C11a.1.2b	> %.	0.0	12						3*	
% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						

non attinente

C11a.1.3	> %	0.0	12						1*	
% residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						

non attinente

C11a.1.4	> %	0.0	12						2*	
% residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						

non attinente

C11a.2.2	> %.	0,0	12						2*	
% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						

non attinente

C11a.2.3	>	0.0	12						1*	
Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						

non attinente

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														5,2	5,2	
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											

Pagina 135 di 391

Pagina 136 di 391

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_9SPR	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,8	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T
Fonte obt: - val obt: - 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	1,8	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,8	11							*		non pervenuti ancora i risultati regionali
Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:															
4 - Ob Az:					1,8									1,8	
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12							*		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							*		obiettivo assegnato solo al Dip medico
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,8									1,8	
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%			*	1,8	Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,8									0,9	
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%			*	0,9	Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	0,0	12							*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,8									1,8	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							

4 - Ob Az: NEFROLOGIA

AZ07.77	progetto regionale dialisi vacanze	i-AZ07.77 adesione	>	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		vedi email Bigazzi del 18/10							

AZ07.78	Attività di dialisi domiciliare	i-AZ07.78 incremento del numero di dialisi	>	0,00	0,00	12	0,00	0	#Error e	100%	*	5,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Prestazione 39.95.3							

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 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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)							

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,5
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

stessi verbali di medicina generale avc

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

105_BD10
31501

UO DIALISI AVC E VDE

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_HA03EN
DO**S.S. ENDOCRINOLOGIA LIVORNO (106)****1 - Obiettivi MeS****35,0****29,9****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****9,7****8,5**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.11	Percentuale di prime visite endocrinologiche erogate entro 30 gg nell'Ausl di residenza	>	86,55	86,55	7,2	12	87,70	1	1%	100%	*	7,2	M
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %	99,38	98,50	1,3	12	99,46	1	1%	100%	*	1,3	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3						*		
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**20,5****16,6**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	2,61	3,00	2,4						*		
				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	2,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,4	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	1,2	12	80,00	0	0%	100%	*	1,2	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	2,4	12	11,20	8	273%	100%	5*	2,4	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	2,4	12	100,00	0	0%	100%	5*	2,4	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	9,6	12	2,55	0	-15%	85%	*	8,2	
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese											

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA**4,8****4,8**

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

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	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M	cio
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									cts		
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													
		E3	<	%.	796,00	795,00	2,4	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,4	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	< €.	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:	ci sono 8.608,32 caricati su chir cecina nel 2016 -> da aggiungere ai costi dell'endocrinologia 2016 -> 57.901,84; ha speso 4392,58 di tiotropina da togliere -> aumentato dello 0,5% -> sostanzialmente raggiunto											
<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

15,6

3 - Obiettivi REGIONALI

27,2

9,8

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	3.9	
		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.									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	3,9	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									

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	3,9	11							*	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)			>	90,00	3,9	12	46,76	-43	-48%	52%		*	2,0	
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)			> %	1,00	3,9	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)			>	0,00	0,00	3,9	12	0,00	0	#Error e	100%	*	3,9	
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	3,9	11						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
4 - Ob Az:					0,0									
AZ_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: DIP. MEDICO					3,9	1,9								
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	3,9	12	0,50	-1	-50%	50%		*	1,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale											
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					3,9	3,9								
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%		*	3,9	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Azioni realizzate											
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	
			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)											

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 inviati verbali														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

106_HA03
ENDO

**S.S. ENDOCRINOLOGIA
LIVORNO (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_HL02DIA **U.O.C. DIABETOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)**

1 - Obiettivi MeS

25,0

18,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,3

1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	1,10	1,11	1,12	1,13	1,14	1,15	1,16	1,17	1,18	1,19	1,20	1,21	1,22	1,23	1,24	1,25	1,26	1,27	1,28	1,29	1,30	1,31	1,32	1,33	1,34	1,35	1,36	1,37	1,38	1,39	1,40	1,41	1,42	1,43	1,44	1,45	1,46	1,47	1,48	1,49	1,50	1,51	1,52	1,53	1,54	1,55	1,56	1,57	1,58	1,59	1,60	1,61	1,62	1,63	1,64	1,65	1,66	1,67	1,68	1,69	1,70	1,71	1,72	1,73	1,74	1,75	1,76	1,77	1,78	1,79	1,80	1,81	1,82	1,83	1,84	1,85	1,86	1,87	1,88	1,89	1,90	1,91	1,92	1,93	1,94	1,95	1,96	1,97	1,98	1,99	1,100
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%		1,1	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:	dato estratto da Infolview regionale										cts	
<hr/>															
		B8.4.13	> N.		90,00	1,1									cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,4

13,0

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	63,28	67,00	3,2	12	63,23	-4	-6%	20%	2*	0,6
Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i> obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	46,57	43,70	3,2	12	45,98	2	5%	100%	1*	3,2
Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i> obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	2,2						*	
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	2,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,2
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>													
		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
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1
Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>													
		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
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO</i>													

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	4,3	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,7	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica											
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:										valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,3

4,3

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

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 Asl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

E3
Tasso di infortuni dei dipendenti

< %.

796,00

795,00

2,2

12

713,00

-82

-10%

100%

*

2,2

M
cio
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

9,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

9,0

euro_diab	governo della spesa territoriale	euro_diab	<		6,0	11					*		
		consumo di presidi per autocontrollo glicemico e farmaci diabetologici											
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:										IN CORSO DI ELABORAZIONE

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	125.037,08	125.037,08	9,0	12	88.830,34	-36.207	-29%	100%	3	*	9,0	M cio cts
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													
			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

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

45,0

27,0

3 - Obiettivi REGIONALI

17,6

8,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
				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.							
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	2,2	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	2,2	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	2,2	12	100,00	10	11%	100%	*	2,2	
				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	2,2	12	0,80	0	-20%	80%	*	1,8	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	8.756,39	9.632,03	2,2	12	10.571,00	939	10%	100%	*	2,2
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:		M							
RT_3STR A_3SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,2	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T							
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	2,2	11					*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
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: DIABETOLOGIA					23,0	15,4							

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.79	progetto regionale di monitoraggio glicemico continuo	i-AZ07.79 adesione al progetto e rispetto dei limiti assegnati	>	1,00	7,7	12	1,00	0	0%	100%	*	7,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL LAURA 2.10							

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-P17001 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	280,00	308,00	7,7	12	341,00	33	11%	100%	*	7,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie									

i-P17001a Riduzione 10% amputazioni	< %	7,7	12						*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio indicatore									

4 - Ob Az: DIP. MEDICO	2,2	1,1
-------------------------------	------------	------------

P13001b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							

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

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

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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)							

* = 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' MEDICHE

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
		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL02 DIA	U.O.C. DIABETOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)	Totale pesi		100,0	Per il punteggio finale si veda il report rie�ilogativo 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_HL02NEF

U.O.C. NEFROLOGIA LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,0

23,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	123,41	120,00	2,2	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,9	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		C5.1e	< N.	9,20	7,31	0,6	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:												
		C8b.2_prod	<	2,24	2,24	0,6	12	1,81	0	-19%	100%		*	0,6	M
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.			0,0	12					3	*		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:												

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	0,0	12						3 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		non attinente											
		C11a.1.3	> %	0,0	12						1 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		non attinente											
		C11a.1.4	> %	0,0	12						2 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		non attinente											
		C11a.2.2	> %.	0,0	12						2 *		
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		non attinente											
		C11a.2.3	>	0,0	12						1 *		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		non attinente											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	3,3	12					100%	vr 3 *	3,3	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:		l'obiettivo era riferito al tasso/popolazione residente; ATNO ha raggiunto l'obiettivo (1,62 VS 1,9) quindi se mantenuto numero assoluto, obiettivo raggiunto-> 3 casi 2016 vs 1 casi 2017							
		C14.4_dip	>	3,3	12	2,56	1	59%	100%		*	3,3	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura							
		C4.9ass	<	3,3	12	6,00	-1	-14%	100%		*	3,3	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		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	C16.4	> %	4,4	12					100%	vr 0 *	4,4	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno							
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	3,3	12	1,39	1	158%	20%	2 *	0,7		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,1							*		
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:									
		C6.2.2	> N.	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	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5	1,1	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											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	4,4	12	2,55	0	-15%	85%		3,7	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese											

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

													2,2	2,2
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 al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale											
		Valutazione interna	>		1,00	0,0	12					*		
annullato, si veda email SDGrande del 10/10														
E	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											
			dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata											
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica: diminuzione rispetto all'anno precedente											
			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS											

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.765.430,15	1.765.430,15	15,0	12	1.471.449,60	-293.981	-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
<hr/>																
		Euro01a	> %.			0,0	12							*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

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

3 - Obiettivi REGIONALI												15,7	6,6
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:		'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	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	0,75	0	-25%	75%	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	>	2.323,73	2.556,11	1,7	2.682,00	126	5%	100%	1,7	M	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11							
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T							
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	1,7	11							
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,7	11							
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticcillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
4 - Ob Az:												1,8	1,7

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

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						*		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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>		1,00	0,0	12						*		obiettivo assegnato solo al Dip medico
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,7									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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.
4 - Ob Az: DIP. MEDICO						3,5									2,6
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>		1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,9	Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>		1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)
4 - Ob Az: FARMACEUTICA						1,7									1,7
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	>	N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	Azioni realizzate
4 - Ob Az: NEFROLOGIA						10,5									10,5
AZ07.77	progetto regionale dialisi vacanze	i-AZ07.77 adesione	>		1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%		*	5,2	vedi email Bigazzi del 18/10
AZ07.78	Attività di dialisi domiciliare	i-AZ07.78 incremento del numero di dialisi	>		0,00	0,00	12	225,00	225	#Error e	100%		*	5,2	M Prestazione 39,95.3

15,0

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	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)	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	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														

106_HL02
NEF

U.O.C. NEFROLOGIA 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

106_HP02SNE U.O.C.NEFROLOGIA E DIALISI CECINA PIOMBINO ELBA (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

1,5

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,8	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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,8	12	99,46	1	1%	100%	*	0,8	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,8						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	36,33	0,8						*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,8						*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,5

23,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	113,09	120,00	3,2	12	123,44	3	3%	40%	4	*	1,3	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		C5.1e	< N.			0,0	12					3	*		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:												
		C8b.2_prod	<	0,00	0,00	0,8	12	0,00	0	#Error e	100%	*	0,8		
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.			0,0	12					3	*		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:												

non attinente

non attinente

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.			0,0	12						3*			
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:													
		non attinente														
		C11a.1.3	> %			0,0	12							1*		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:													
non attinente																
C11a.1.4	> %			0,0	12								2*			
% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:														
non attinente																
C11a.2.2	> %.			0,0	12								2*			
% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:														
non attinente																
C11a.2.3	>			0,0	12								1*			
Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:														
non attinente																
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	4,44	1,92	4,9	12	0,00	-2	-100%	100%	3*	4,9		M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:													
		C14.4_dip	>	2,45	1,61	4,9	12	2,17	1	35%	100%		4,9			
% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:														
preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura																
C4.9ass	<			0,0	12											
DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %			0,0	12						1*			
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:													
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)																
non attinente																
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<		0,00	0,0	12						2*			
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,6										
		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	1,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,6		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																

* = 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	0,8	12	80,00	0	0%	100%	*	0,8	cio
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		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						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
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO						cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,5	12	2,69	0	-10%	90%	*	5,8	
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

3,2

3,2

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,6			
		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	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	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,6	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										cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

8,2

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

8,2

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	796.088,76	796.088,76	15,0	12	1.057.957,26	261.869	33%	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: 7,67 vs MPond strutt: 6,15)							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

35,0

25,1

3 - Obiettivi REGIONALI

15,7

6,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>													
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_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:										
		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:										
		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	0,86	0	-14%	86%	*	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	>	3.126,82	3.439,50	1,7	3.703,00	263	8%	100%	*	1,7	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11					*		
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	1,7	11					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,7	11					*		
		Consumo farmaci antifettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:										

4 - Ob Az:

1,8

1,7

* = 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".

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
		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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
		Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
		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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
		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)										
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	
		verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalizzati pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget										
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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														

106_HP02
SNE

**U.O.C.NEFROLOGIA E DIALISI
CECINA PIOMBINO ELBA (106)**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

112_42L5 NEFROLOGIA E DIALISI (112)

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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:											cio

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,0

26,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	2,2	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,9	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		C5.1e	< N.	8,01	7,31	0,6	12	8,57	1	17%	30%	3	*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:												
		C8b.2_prod	<	3,51	3,51	0,6	12	1,94	-2	-45%	100%		*	0,6	M
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.			0,0	12					3	*		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:												

non attinente

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b	> %.	0,0	12							3 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				non attinente										
		C11a.1.3	> %	0,0	12							1 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				non attinente										
		C11a.1.4	> %	0,0	12							2 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				non attinente										
		C11a.2.2	> %.	0,0	12							2 *		
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				non attinente										
		C11a.2.3	>	0,0	12							1 *		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				non attinente										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	15,07	1,92	3,3	12	5,48	4	185%	100%	4 *	3,3	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C14.4_dip	>	2,76	1,61	3,3	12	2,48	1	54%	100%		3,3	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:	preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass	<	28,00	28,00	3,3	12	27,00	-1	-4%	100%		3,3	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	4,4	12						100%	vr 2 *	4,4	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - 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.M_dip	<	0,84	0,84	3,3	12	-0,23	-1	-127%	100%	2 *	3,3	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,1								
		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	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5	1,1	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									
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	4,4	12	2,38	-1	-21%	79%	*	3,4	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,2

2,2

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

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
		incremento del 1,3%. Bonus 50%														
		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

25,2

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

3 - Obiettivi REGIONALI												15,7	6,8
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:		'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	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	0,89	0	-11%	89%	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:										
		RT1.2	>	68,62	75,49	1,7	12	222,00	147	194%	100%	1,7	
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11							
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T								
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1	>	1,00	1,7	11							
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,7	11							
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticcillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:					1,8	1,7							

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

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

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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)
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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													

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_42L5

NEFROLOGIA E DIALISI (112)

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

112_98 **DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE (112)**

1 - Obiettivi MeS

25,0

16,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

3,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1.11	>	30,70	30,70	2,9	12	51,51	21	68%	100%	*	2,9	M
		Percentuale di prime visite endocrinologiche erogate entro 30 gg nell'Ausl di residenza		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%	*	1,0	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale								
		B8.4.13	> N.		90,00	1,0						*		cio
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,3

8,4

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	68,66	67,00	2,9	12	66,32	-1	-1%	20%	2	*	0,6		
			% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		Fonte obt: mes - val obt: 69,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.2.3	>	35,53	43,70	2,9	12	32,19	-12	-26%	0%	1	*	0,0		
			Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		Fonte obt: mes - val obt: 46,5 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	1,9							*			
			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	1,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,9	M	
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,0	12	80,00	0	0%	100%		*	1,0		
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,0	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									

* = 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' MEDICHE

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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	3,8	12	2,38	-1	-21%	79%	*	3,0
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

	E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,9	12	713,00	-82	-10%	100%		1,9	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		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

euro_diab	governo della spesa territoriale	euro_diab	<	6.0	11										
		consumo di presidi per autocontrollo glicemico e farmaci diabetologici	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		IN CORSO DI ELABORAZIONE										

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	14.840,21	14.840,21	9,0	12	14.644,21	-196	-1%	100%	vr	3	9,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													cts

	Euro01a 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

* = 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
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	2,2	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:										
		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:										
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,2	12	50,71	-39	-44%	56%	*	1,2	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2	>	0,00	0,00	2,2	538,00	538	#Error	100%	*	2,2	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	2,2	11					*		
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	2,2	11					*		
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					0,0								
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:										
4 - Ob Az: DIABETOLOGIA					23,0							15,4	

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

AZ07.79	progetto regionale di monitoraggio glicemico continuo	i-AZ07.79 adesione al progetto e rispetto dei limiti assegnati	>	1,00	7,7	12	1,00	0	0%	100%		7,7		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		VEDI MAIL LAURA 2.10									
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-P17O01 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> %	280,00	308,00	7,7	12	341,00	33	11%	100%		7,7	M
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		calcolato come valore unico aziendale per difficoltà a calcolarlo sulle singole diabetologie									
		i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< %	2,00	2,00	7,7	12	6,00	4	200%	0%		0,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore di presidio									

4 - Ob Az: DIP. MEDICO

2,2

1,1

P13001b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							

4 - Ob Az: FARMACEUTICA

2,2

2,2

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

5 - Obiettivi QUALITA'





15,0

13,2

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,2

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 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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)

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,7		
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	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										
B2az		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
		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														

112_98

**DIABETOLOGIA E MALATTIE
METABOLICHE (112)**

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)

D01B

AREA DELLE SPECIALITA' E DELL'APPARATO DIGERENTE

Responsabile: Spartaco Sani

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG058

S.S.D. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101)**1 - Obiettivi MeS****35,0****23,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,9****10,1**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_colon Tempo medio di attesa colonscopie	<	14,69	14,69	3,9	12	8,71	-6	-41%	100%	*	3,9	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
		B20.b_gastro Tempo medio di attesa EGDS	<	3,76	3,76	3,9	12	2,65	-1	-29%	100%	*	3,9	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettrale	> %.	115,23	100,00	1,6	12	103,99	4	4%	100%	vr	5	cts
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Apuane														
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	0,8	12	99,46	1	1%	100%	*	0,8	M cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,8						*		cts
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:														

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**21,0****10,5**

AZ07.75	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.75 Nr prestazioni totali di colonscopia	<			3,9	11					*		
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa														
AZ07.76		i-AZ07.76 Nr prestazioni totali di EGDS	<			3,9	11					*		
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		0,00	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	1,6						*		cts
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	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
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,8	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,8		cio
															cts
		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
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,2	12	2,45	-1	-18%	82%		5,1		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,6		
	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	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%		1,6	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	310.739,07	310.739,07	15,0	12	378.135,90	67.397	22%	30%	3*	4,5		cio
															cts

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	27,1
3 - Obiettivi REGIONALI	14,0	7,0

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							*		
			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	1,7	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	1,7	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	1,00	0	0%	100%		*	1,7		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:												
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	799,61	879,57	1,7	12	1.054,00	174	20%	100%		*	1,7	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,7	11							*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											

martedì 12 marzo 2019

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	1,7	11												
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:					3,5	3,5												
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%		*	3,5					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							*					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo assegnato solo al Dip medico												
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,7	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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.												
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,8	0,9												
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,9					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale												
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	0,0	12						*						
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
4 - Ob Az: ENDOSCOPIA DIGESTIVA					10,5	10,5												
AZ07.136	Gestione in rete dei servizi	i-AZ07.136 Attivazione, entro settembre 2017, di una collaborazione tra le UO di Endoscopia Digestiva di Massa, Viareggio e Lucca, concernente l'interscambio, quando possibile, di personale medico, da utilizzare per l'attività di endoscopia digestiva programmata, ne	>	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%		*	5,2					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
AZ07.137		i-AZ07.137 Uniformazione di almeno due Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Procedure entro il 31.12.17	>	2,00	5,2	12	2,00	0	0%	100%		*	5,2					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		elabora1 due protocolli: protocollo reprocessing degli endoscopi; protocollo emorragie digestive												
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,7	1,7												
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	>	N.	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7					
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate												
4 - Ob Az: GASTROENTEROLOGIA					1,7	1,7												

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

AZ07.2	Erogazione uniforme delle colonoscopie	i-AZ07.2	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
		definizione di un protocollo di uniformazione delle tipologie di colonoscopie (narcosi e sedazione) e regime	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento predisposto e inviato							

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
----------	---	------------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
---------	---	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
---------	--	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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)

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

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

inviati verbalì

		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

101_1FM
G058

S.S.D.
GASTROENTEROLOGIA ED
ENDOSCOPIA DIGESTIVA (101)

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

101_1FMG202

S.S.D. MALATTIE INFETTIVE (101)

4

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	<input type="checkbox"/>	*	0,4	cio	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:	dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										cts	
<hr/>																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,6	M
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:	dato estratto da Infoview regionale										cts	
<hr/>																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		0,6	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="text"/>
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
<hr/>																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		0,6	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="text"/>
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
<hr/>																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00		0,6	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	*	<input type="text"/>
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												cio

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,0

23,6

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	125,27	120,00	2,1	12	123,44	3	3%	75%	4	*	1,6	M
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		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:												
		C14.2_dip	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	3,2	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	3,2	
				Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,08	1,61	3,2	12	2,34	1	45%	100%		*	3,2	M
				Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	4,00	4,00	3,2	12	0,00	-4	-100%	100%	3,2	M
			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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	79,60	94,33	4,3	12	97,45	3	3%	100%	4,3	M
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:										
			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	6,77	6,77	3,2	12	7,21	0	7%	20%	0,6	
			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	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%	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	0,5	12	80,00	0	0%	100%	0,5	
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	1,1	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										
			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,3	12	2,45	-1	-18%	82%	3,5	
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:										
			valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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 1,1

12 713,00 -82 -10%

diminuzione rispetto all'anno precedente

100% 1,1

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,1	12	100,00	15	18%	100%		1,1		
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare												

Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	262.426,84	262.426,84	15,0	12	223.035,44	-39.391	-15%	100%	vr	3*	15,0	M	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: 1,75 vs MPond strutt: 1,13)

Euro01a

> %.

0,0

12

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

RT_3STR A 3TAT STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa

RT_3STRA_3TAT_2

>

1,00

2,3

11

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)

RT_3STRA_3TAT_4

>

1,00

2,3

11

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%

RT_3STRA_3TAT_9

>

90,00

2,3

12

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

100,00 10 11% 100% 2,3

9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

RT_3STR A_3STAT	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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	3.574,86	3.932,34	2,3	12	2.609,00	-1.323	-34%	0%	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,3	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T								
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	2,3	11					*	
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:					4,7							4,7
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018								
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico								
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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.								
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,7							3,5
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale								
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro)								
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					2,3							2,3
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Azioni realizzate								

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

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE	2,3	0,0
-------------------------------	-----	-----

AZ07.74	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete	i-AZ07.74	>	N.	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0
		Predisposizione di un documento di definizione della rete di ricovero dei pazienti infettivi	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sollecitato; non inviato nessun doc							

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,2
------------------------	------	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,2
------------------------	------	------

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	0,7
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget							

		Q04	>	%	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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%	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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FM	S.S.D. MALATTIE INFETTIVE	Totale pesi		Per il punteggio finale si veda il report riequilibrativo per dipartimenti e UU.OO.	
G2024	(101)	100,0			

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_1FON910

S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA (101)

4

1 - Obiettivi MeS

15,0

12,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,2

2,0

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:											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	

dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest

dato estratto da Infoview regionale

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,5

6,4

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	2,00	2,1					*		cio	
				Fonte obt: mes - val obt: 2 - fonte verifica:										cts	
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	2,1	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	2,1	M
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:										cts	
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	2,1	12	11,20	8	273%	100%	5 *	2,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:										cts	
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	2,1	12	100,00	0	0%	100%	5 *	2,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:										cts	

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,3

4,3

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	2,1	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		2,1				
				Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale												
Valutazione interna				E1b	>	1,00	0,0	12						*				
				Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)		annullato, si veda email SDGrande del 10/10												
VALUTAZIONE INTERNA (E)				E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
				Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016										cts
						dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata												

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".

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	55,0	50,1
3 - Obiettivi REGIONALI	14,7	9,8

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 I° semestre)
>	%
1,00	4,9
12	1,00
0	0%
100%	
*	4,9
<i>Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:</i>	
RT1.2	9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in demo rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)
>	61,66
67,83	4,9
12	45,00
-23	-34%
0%	
*	0,0
<i>Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:</i>	

AZ07.117	<u>Valutazione del Rischio clinico in tutto il percorso terapeutico NAD secondo la metodologia in uso in Regione Toscana (FMEA), confronto con le varie unità operative dell'Area Vasta</u>	i-AZ07.117	>	1,00	13,4	12	1,00	0	0%	100%		13,4
		Riduzione eventi avversi in NAD	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non si è verificato nessun evento avverso in NAD							

AZ07.119	Appropriatezza dell'arruolamento del malato in NAD	i-AZ07.119	>	180,00	13,4	12	197,00	17	9%	100%		13,4
		Medie di giornate nutrizione artificiale dmiciariae > 180		Fonte obt: - val obt: > 180 - fonte verifica:		le giornate NAD sono state 29871 su 151 pazienti; obiettivo raggiunto						

15,0	13,2
------	------

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 193 di 391

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								13,2		
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 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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)	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FON	S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA	Totale pesi		Per il punteggio finale	
9104	(101)	100,0		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_421092 **S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA LUCCA (102)****1 - Obiettivi MeS****35,0****23,4****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****8,6****4,4**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_colon Tempo medio di attesa colonscopie	<	62,30	62,30	2,5	12	75,82	14	22%	0%		0,0		
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:															
		B20.b_gastro Tempo medio di attesa EGDS	<	36,38	36,38	2,5	12	32,52	-4	-11%	100%		2,5	M	
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	>	%.	96,74	100,00	1,0	12	96,82	-3	-3%	100%	vr 4	1,0	M
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Piana di Lucca															
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,5	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	0,5	12	99,46	1	1%	100%		0,5	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								cts
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	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:															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**24,4****17,0**

AZ07.75	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.75 Nr prestazioni totali di colonscopia	<			2,5	11					*		
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa												

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

AZ07.76	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.76 Nr prestazioni totali di EGDS	<	N.	126,60	120,00	2,5	11											
					Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa												
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	126,60	120,00	2,0	12	123,44	3	3%	88%	4*	1,8					M
					Fonte obt: mes - val obt: 120 - 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	3,0	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	3,0					
					Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:														
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<		17,00	17,00	3,0	12	5,00	-12	-71%	100%		3,0					M
					Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		4,40	4,40	3,0	12	-3,12	-8	-171%	100%	2*	3,0					M
					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	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:		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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5					
					Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>	%	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0					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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0					M
					Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	4,0	12	2,08	-1	-31%	69%		2,8					
					Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,0

2,0

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:									valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
	Valutazione interna	E1b	>	1,00	0,0	12							annullato, si veda email SDGrande del 10/10
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)											
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	0,0 M
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:									cio
													cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%		1,0 M
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente									cio
													cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	509.920,49	509.920,49	15,0	12	439.595,62	-70.325	-14%	100%	3	15,0 M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts
		Euro01a	> %.			0,0	12						cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
		Euro09	<			0,0	12						
		Spesa per farmaci Biologici		Fonte obt: az - val obt: da definire - fonte verifica:									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

* = 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	1,7	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	1,7	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	1,7	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 1° semestre)	> %	1,00	1,7	12	0,67	0	-33%	67%		*	1,1
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	126,80	139,48	1,7	84,00	-55	-40%	0%		*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,7	11						*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T							
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	1,7	11						*	
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
4 - Ob Az:					3,3								3,3
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018							
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12						*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo assegnato solo al Dip medico							
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,7								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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,3								2,5

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,8
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale						
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	96,00	96,00	1,7	100,00	4	4%	100%	<input type="checkbox"/>	1,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

4 - Ob Az: ENDOSCOPIA DIGESTIVA 10,0 10,0

AZ07.136	Gestione in rete dei servizi	i-AZ07.136 Attivazione, entro settembre 2017, di una collaborazione tra le UO di Endoscopia Digestiva di Massa, Viareggio e Lucca, concernente l'interscambio, quando possibile, di personale medico, da utilizzare per l'attività di endoscopia digestiva programmata, ne	>	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	5,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

AZ07.137		i-AZ07.137 Uniformazione di almeno due Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Procedure entro il 31.12.17	>	2,00	5,0	12	2,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	5,0
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			elaborat1 due protocolli: protocollo reprocessing degli endoscopi; protocollo emorragie digestive						

4 - Ob Az: FARMACEUTICA 1,7 1,7

P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	I-P36O08a	>	N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,7
Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Azioni realizzate							

4 - Ob Az: GASTROENTEROLOGIA 1,7 1,7

AZ07.2	Erogazione uniforme delle colonoscopie	i-AZ07.2 definizione di un protocollo di uniformazione delle tipologie di colonoscopie (narcosi e sedazione) e regime	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			documento predisposto e inviato						

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5
			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_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b	>	N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5
			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)							

* = 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' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
			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)									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	cio cts	
			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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42109
2

**S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
LUCCA (102)**

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

102_421094 SC MALATTIE INFETTIVE E EPATOLOGIA (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,0

20,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	2,1	12	123,44	3	3%	88%	4	1,9	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:										
		C5.1e	< N.	9,77	0,6	12	9,21	2	26%	43%	2	0,2	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	3,2	12	0,00	-2	-100%	100%	5	3,2	
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:										
		C14.4_dip	>	2,10	3,2	12	2,50	1	55%	100%	*	3,2	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:										
		C4.9ass	<	17,00	3,2	12	20,00	3	18%	0%	*	0,0	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	42,04	94,33	4,3	12	85,93	-8	-9%	100%	2*	4,3	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									cts
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,41	-0,41	3,2	12	0,31	1	-175%	20%	2*	0,6		
			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	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	cio
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									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	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5		cio
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												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
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,3	12	2,08	-1	-31%	69%	*	3,0		
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:			valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Piana di Lucca									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 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 al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale									
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,0	12					*			
						annullato, si veda email SDGrande del 10/10									
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									cts
						dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata									

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			<p>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</p>								cts

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	1,1	1,1
---	-----	-----

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.	85,00	1,1	12	100,00	15	18%	100%	1,1
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:								

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	369.861,74	369.861,74	15,0	12	335.859,80	-34.002	-9%	100%	3*	15,0	M	cio	cts
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI e NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													

		tolti farmaci per trattamento infezioni da germi multiresistenti									
Euro01a	> %.	0.0	12						*		
Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	19,7
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	18,7	6,9
-------------------------	------	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	2,3	clo	
		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	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_2	>	1,00	2,3	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:			<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>							

RT_3STRA_3TAT_4 > 1,00 2,3 11 non pervenuti ancora i risultati regionali

RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,3	12	60,30	-30	-33%	67%	 *	1,6
9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

RT_3STR A_3STAT	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	2,3	12	0,29	-1	-71%	28%	*	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)	>	29,34	32,27	2,3	12	147,00	115	355%	100%	*	2,3	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,3	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
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	2,3	11					*				
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:				4,7	4,7										
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.												
4 - Ob Az: DIP. MEDICO				4,7	3,5										
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale												
			i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro												
4 - Ob Az: FARMACEUTICA				2,3	2,3										
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Azioni realizzate												

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

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE	2,3	0,0
-------------------------------	-----	-----

AZ07.74	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete	i-AZ07.74	>	N.	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
		Predisposizione di un documento di definizione della rete di ricovero dei pazienti infettivi	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sollecitato; non inviato nessun doc								

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5	
		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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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_42109
4

**SC MALATTIE INFETTIVE E
EPATOLOGIA (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_BD103330

UO ENDOSCOPIA DIGESTIVA VDE (105)

1 - Obiettivi MeS

35,0

20,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,9

6,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_colon Tempo medio di attesa colonscopie	<	44,90	44,90	3,9	12	42,88	-2	-5%	100%	*	3,9	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
		B20.b_gastro Tempo medio di attesa EGDS	<	44,70	44,70	3,9	12	55,65	11	24%	0%	*	0,0	
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	96,01	100,00	1,6	12	100,75	1	1%	100%	vr	5	M
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:											
			verifica MeS - livello di calcolo Val d'Era											
B8	Gestione Dati	B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	0,8	12	99,46	1	1%	100%	*	0,8	M
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
			dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,8						*		
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,0

11,0

AZ07.75	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.75 Nr prestazioni totali di colonscopia	<			3,9	11					*		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
			Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa											
AZ07.76		i-AZ07.76 Nr prestazioni totali di EGDS	<			3,9	11					*		
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
			Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<		0,00	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	1,6						*		
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	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
		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	0,8	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,8		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	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											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,2	12	2,69	0	-10%	90%		5,6		
		Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO											

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,6			
		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	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	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,6	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										cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	95.099,44	95.099,44	15,0	12	121.951,01	26.852	28%	55%	vr	3*	8,2	cio
		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,13 vs MPond strutt: 0,87)											

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.	0,0	12							*		cio
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
		Euro09 Spesa per farmaci Biologici	<	0,0	12							*		
			Fonte obt: az - val obt: da definire - fonte verifica:											

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

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.

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	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	3,2	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	3,2	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	0,0	12					*		
			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)	> %		0,0	12					*		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>		0,0	12					*		
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) - 2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	3,2	11					*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T

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

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	3,2	11												
Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali																		
4 - Ob Az:					6,4													6,4
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	6,4	12	1,00	0	0%	100%						6,4		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018																		
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12												
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico																		
4 - Ob Az: D.M.P.O.					3,2													3,2
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%						3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.																		
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,2													1,6
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	3,2	12	0,50	-1	-50%	50%						1,6		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale																		
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	0,0	12												
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:																		
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					3,2													3,2
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	>	N.	3,2	12	1,00	0	0%	100%						3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Azioni realizzate																		
4 - Ob Az: GASTROENTEROLOGIA					3,2													3,2
AZ07.2	Erogazione uniforme delle colonoscopie	i-AZ07.2 definizione di un protocollo di uniformazione delle tipologie di colonoscopie (narcosi e sedazione) e regime	>	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%						3,2		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: documento predisposto e inviato																		
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0													13,2
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0													13,2
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 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	2,5	12	1,00	0	0%	100%						2,5		
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)																		

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità'	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
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)													
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
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
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

105_BD10
33309

**UO ENDOSCOPIA DIGESTIVA
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_HL02GA1

GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA LIVORNO**1 - Obiettivi MeS****35,0****23,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****8,1****4,2**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_colon Tempo medio di attesa colonscopie	<	4,60	4,60	2,4	12	7,18	3	56%	0%	*	0,0	
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		B20.b_gastro Tempo medio di attesa EGDS	<	12,33	12,33	2,4	12	10,46	-2	-15%	100%	*	2,4	M
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	100,62	100,00	0,9	12	99,88	0	0%	100%	vr	5*	0,9
		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Livornese												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	0,5	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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	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						*		cio
		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
		cts												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						25,0							17,3	
AZ07.75	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.75 Nr prestazioni totali di colonscopia	<			2,4	11					*		
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa												

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

AZ07.76	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.76 Nr prestazioni totali di EGDS	<	N.	123,41	120,00	2,4	11										
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:		Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa													
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	123,41	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8			
			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO													
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	<	N.	9,20	7,31	0,5	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1			
			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno													
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<		0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	#Error e	100%		*	0,5			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:															
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<		0,00	1,92	2,8	12	0,00	-2	-100%	100%	3	*	2,8			
			Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:															
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>		3,21	1,61	2,8	12	2,56	1	59%	100%		*	2,8			
			Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura													
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<				0,0	12						*				
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	%			3,8	12				100%	vr	0	*	3,8		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno													
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			0,00	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	0,9							*				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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	0,9		M	cio cts
			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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5	*	0,5			cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,8	12	2,55	0	-15%	85%		3,2		

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
	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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 8,2

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	334.818,57	334.818,57	15,0	12	392.250,70	57.432	17%	55%	vr	3*	8,2	cio
															cts
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			0,0	12								cio
		Euro09 Spesa per farmaci Biologici	<			0,0	12								

* = 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

16,5

6,6

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
<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	2,1	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:										
		RT_3STRA_3TAT_4	>	1,00	2,1	11					*		
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	2,1	12	55,32	-35	-39%	61%	*	1,3	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	2,1	12	0,60	0	-40%	60%	*	1,2	
		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	>	292,89 322,18	2,1	12	491,00	169	52%	100%	*	2,1	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	2,1	11					*		
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
RT_4QUA 11NF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_11NF_1	>	1,00	2,1	11					*		
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:										
4 - Ob Az:					4,1							4,1	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	4,1	12	1,00	0	0%	100%	*	4,1	
		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".

AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12						*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo assegnato solo al Dip medico							
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	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					2,1	1,0							
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%		*	1,0
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	0,0	12						*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: ENDOSCOPIA DIGESTIVA					6,2	6,2							
AZ07.137	Gestione in rete dei servizi	i-AZ07.137 Uniformazione di almeno due Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Procedure entro il 31.12.17	>	2,00	6,2	12	2,00	0	0%	100%		*	6,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		elaborat1 due protocolli; protocollo reprocessing degli endoscopi; protocollo emorragie digestive							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					2,1	2,1							
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
4 - Ob Az: GASTROENTEROLOGIA					2,1	2,1							
AZ07.2	Erogazione uniforme delle colonoscopie	i-AZ07.2 definizione di un protocollo di uniformazione delle tipologie di colonoscopie (narcosi e sedazione) e regime	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento predisposto e inviato							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	13,2							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	13,2							
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5		
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5		
			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)										
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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	* Pes Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
						<u>Valutazione</u> <u>p1 P2</u>

106_HL02
GA1

**GASTROENTEROLOGIA ED
ENDOSCOPIA 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_HL02MIN MALATTIE INFETTIVE LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,8

1,0

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,6	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,4		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,6						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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:											cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,0

25,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	123,41	120,00	2,1	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,9	
		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.	9,20	7,31	0,6	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1	
		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: Osp. Livorno										
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	32,46	1,92	3,2	12	7,69	6	301%	100%	3	*	3,2	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	3,21	1,61	3,2	12	2,56	1	59%	100%		*	3,2	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

C14	Appropriatezza medica	C4.9ass	<	0,00	0,00	3,2	12	1,00	1	#Error e	100%	vr		*	3,2	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia; nr casi irrilevante											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	>	%		4,3	12				100%	vr	0	*	4,3	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-0,39	-0,39	3,2	12	-0,83	0	111%	100%		2	*	3,2	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%. 2,61	3,00	1,1								*		
		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											
		C6.5.5	>	N. 88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%			*	0,5	
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.6	>	% 2,66	3,00	1,1	12	11,20	8	273%	100%		5	*	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%		5	*	1,1	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											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	>	N. 3,00	4,3	12	2,55	0	-15%	85%			*	3,6		
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese											

2,1		2,1
-----	--	-----

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		1,1	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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA

1,1

1,1

E21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6	> %.		85,00	1,1	12	100,00	15	18%	100%		1,1		
		% esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare													

Fonte obt: mes - val obt: 85% - fonte verifica:

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	743.048,82	743.048,82	15,0	12	698.413,50	-44.635	-6%	100%	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

20,1

3 - Obiettivi REGIONALI

18,7

7,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3		cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													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	2,3	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	2,3	11								
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%													

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

non pervenuti ancora i risultati regionali

		RT_3STRA_3TAT_9	>		90,00	2,3	12	90,53	1	1%	100%		2,3		
		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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	2,3	12	0,13	-1	-88%	12%	*	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)	>	2.288,92	2.517,82	2,3	12	3.597,00	1.079	43%	100%	*	2,3	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	2,3	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									
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	2,3	11					*				
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:			non pervenuti ancora i risultati regionali									
4 - Ob Az:															
					4,7										4,7
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018									
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			obiettivo assegnato solo al Dip medico									
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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.									
4 - Ob Az: DIP. MEDICO															
					4,7										3,5
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale									
			i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro									
4 - Ob Az: FARMACEUTICA															
					2,3										2,3
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			Azioni realizzate									

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

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE	2,3	0,0
-------------------------------	-----	-----

AZ07.74	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete	i-AZ07.74	>	N.	1,00	2,3	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
		Predisposizione di un documento di definizione della rete di ricovero dei pazienti infettivi	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		sollecitato; non inviato nessun doc								

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5
		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								

inviata a cdg

		Q04	>	%	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	2,5
		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

106_HL02
MIN

**MALATTIE INFETTIVE
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_33L5 UOS Endoscopia Interventistica (112)

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

13,8

13,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_colon Tempo medio di attesa colonscopie	<	120,09	120,09	5,7	12	57,40	-63	-52%	100%		5,7	M
			Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,9

5,8

AZ07.75	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.75 Nr prestazioni totali di colonscopia	<			5,7	11							*			
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa															
AZ07.76		i-AZ07.76 Nr prestazioni totali di EGDS	<			5,7	11							*			
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa															
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".

C6c	Rischio Clinico	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	1,1	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,1	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	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									
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	2,3	12	2,38	-1	-21%	79%		1,8	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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 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												
E	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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,1	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	3,7
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	15,0	11				25% vr 3*	3,7	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: 1,13 vs MPond strutt: 0,87)							
		Euro01a	> %.	0,0	12						cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta							

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

29,6

3 - Obiettivi REGIONALI

16,2

10,8

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: 'Dal monitoraggio e 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	2,7	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	2,7	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	2,7	12	100,00	10	11%	100%	*	2,7	
Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica: stesso valore GASTROENTEROLOGIA VERSILIA													
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica: stesso dato gastroenterologia													
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	0,00	0,00	2,7	37,00	37	#Error e	100%	*	2,7	M
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica: stesso dato gastroenterologia													

4 - Ob Az:

0,0

AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61	>	1,00	0,0	12							*	
		Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo assegnato solo al Dip medico									

4 - Ob Az: ENDOSCOPIA DIGESTIVA

16,2

16,2

AZ07.136	Gestione in rete dei servizi	i-AZ07.136	>	1,00	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1
		Attivazione, entro settembre 2017, di una collaborazione tra le UO di Endoscopia Digestiva di Massa, Viareggio e Lucca, concernente l'interscambio, quando possibile, di personale medico, da utilizzare per l'attività di endoscopia digestiva programmata, ne										
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

AZ07.137	Gestione in rete dei servizi	i-AZ07.137 Uniformazione di almeno due Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Procedure entro il 31.12.17	>	2,00	8,1	12	2,00	0	0%	100%		8,1		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			elaborat1 due protocolli: protocollo reprocessing degli endoscopi; protocollo emorragie digestive								
4 - Ob Az: GASTROENTEROLOGIA					2,7	2,7								
AZ07.2	Erogazione uniforme delle colonscopie	i-AZ07.2 definizione di un protocollo di uniformazione delle tipologie di colonscopie (narcosi e sedazione) e regime	>	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			documento predisposto e inviato								
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	13,2								
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	13,2								
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 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5		
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5		
			Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5		
			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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5		
			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)								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_33L5

**UOS Endoscopia
Interventistica (112)**

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

112_34L5 **GASTROENTEROLOGIA VERSILIA**

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,7

5,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20.b_colon Tempo medio di attesa colonscopie	<	120,09	120,09	2,2	12	57,40	-63	-52%	100%	*	2,2	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
		B20.b_gastro Tempo medio di attesa EGDS	<	104,31	104,31	2,2	12	86,39	-18	-17%	100%	*	2,2	M
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	104,51	100,00	0,9	12	97,95	-2	-2%	100%	vr	5*	0,9
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia														
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	0,5		61,66	-18	-23%	77%	*	0,4	cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38		0,5						*		cio
Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		0,5						*		cts
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:														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,6

13,5

AZ07.75	Mantenimento dei livelli di produttività	i-AZ07.75 Nr prestazioni totali di colonscopia	<			2,2	11					*		
Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica: Valori incongruenti e incompleti da Orma+ris; solo estarni da spa														

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
														cts	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
														cts	
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,8	12								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA 2,7 1,8

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
	Valutazione interna	E1b Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)	>		1,00	0,9	12								
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	6,77	0,0	12	13,94	7	106%	1%		0,0	M	cio
														cts	
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
														cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 5,8

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	110.360,95	110.360,95	10,6	12	144.657,68	34.297	31%	55%	vr	3*	5,8	cio
														cts	
		Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.			2,6	12								cio
		Euro09 Spesa per farmaci Biologici	<			1,8	12								

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

23,7

3 - Obiettivi REGIONALI

17,5

10,0

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
<i>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</i>													
<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	2,5	11					*		
<i>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</i>													
<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>													
		RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	2,5	11					*		
<i>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</i>													
<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>													
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,5	12	100,00	10	11%	100%	*	2,5	
<i>Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:</i>													
<i>stesso valore UOS Endoscopia Interventistica (112)</i>													
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
<i>Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:</i>													
<i>stesso dato endoscopia interventistica</i>													
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	0,00	0,00	12	37,00	37	#Error e	100%	*	2,5	M
<i>Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:</i>													
<i>stesso dato endoscopia interventistica</i>													
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	2,5	11					*		
<i>Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:</i>													
<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>													

4 - Ob Az:

7,5

5,0

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	5,0	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	2,5	12						obiettivo assegnato solo al Dip medico

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

2,5

2,5

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					5,0							3,7	
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	2,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	0,00	0,00	12	0,00	0	#Error	100%	*	2,5	<i>Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					2,5							2,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>Azioni realizzate</i>
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,2	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,2	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	*	0,7	<i>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</i>

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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	cio	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)										cts
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO										cts
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati															

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_34L5	GASTROENTEROLOGIA 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)

D01D

AREA PATOLOGIE CEREBRO CARDIO VASCOLARI

Responsabile: Renato Galli

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMG032

NEUROLOGIA MASSA

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,1

4,6

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.8	>	81,21	90,00	3,7	12	90,70	1	1%	100%		3,7	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,5	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											
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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											
		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:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,1

20,6

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	1.9	12	123,44	3	3%	75%	4	*	1.4	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												
<hr/>															
		C5.1e	< N.	8,56	7,31	0,5	12	8,70	1	19%	30%	3	*	0,1	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												
<hr/>															
		C8b.2_prod	<	0,39	0,39	0,5	12	0,74	0	90%	0%		*	0,0	
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	66,91	67,10	0,5	12	64,88	-2	-3%	30%	3 *	0,1	
Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:														
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)														
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,8	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	2,8	
Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:														
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,08	1,61	2,8	12	2,34	1	45%	100%		2,8	M
Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:														
preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura														
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	33,00	33,00	2,8	12	28,00	-5	-15%	100%		2,8	M
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	79,60	94,33	3,7	12	97,45	3	3%	100%	4 *	3,7	M
Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:														
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *		
Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:														
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO														
non attinente														
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-1,56	-1,56	2,8	12	-0,87	1	-44%	20%	2 *	0,6	
Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,9								
Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,9	M
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:														
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,9	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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,9	M
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:														
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	2,8	2,8
---	-----	-----

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>							

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	18,3
---	-------------	-------------

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1 Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				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_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,7	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	1,7	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	1,7	12	56,13	-34	-38%	62%	*	1,0
				Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:								
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,7	12	0,33	-1	-67%	33%	*	0,6
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:								
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	567,38	624,12	1,7	12	190,00	-434	-70%	0%	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,7	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T						
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	5,0	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	1,7	11					*	
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali						
4 - Ob Az:					3,3	3,3						
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		3,3	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018	
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*		obiettivo assegnato solo al Dip medico	
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,7									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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.	
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,3									2,5
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018	
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale	
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,7									1,7
P36O08	Migliorare l' appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Azioni realizzate	
4 - Ob Az: NEUROLOGIA					5,0									4,2
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01b Applicazione PTDA già definito	>	1,00	1,7	11	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	In attesa evidenze sul grado di applicazione del documento	
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02b Applicazione documento definito	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Definito e applicato	
P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali , che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05b Applicazione linee guida definite (entro marzo)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Il dipartimento dichiara di avere raggiunto l'obiettivo	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									15,0

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

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

101_1FM
G032

NEUROLOGIA MASSA

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

101_1FMG068

PNEUMOLOGIA MASSA**1 - Obiettivi MeS****35,0****26,8****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,7****1,0**

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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:											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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**29,2****22,7**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	2,1	12	123,44	3	3%	75%	4	*	1,6	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:										
		C5.1e	< N.	8,56	7,31	0,5	12	8,70	1	19%	30%	3	*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:										
		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:										
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	63,69	70,80	0,5	12	61,68	-9	-13%	30%	3	*	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:										

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	47,09	57,90	0,5	12	45,93	-12	-21%	30%	3	*	0,2	
		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	56,82	58,80	0,5	12	55,70	-3	-5%	0%	1	*	0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	57,85	56,70	0,5	12	59,38	3	5%	100%	2	*	0,5	M
		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	3,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	3,1	
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:													
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,08	1,61	3,1	12	2,34	1	45%	100%		*	3,1	M
		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	3,1	12	0,00	0	#Error e	100%		*	3,1	
		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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	79,60	94,33	2,1	12	97,45	3	3%	100%	4	*	2,1	M
		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2	*		
		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		non attinente													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,47	0,47	3,1	12	2,33	2	394%	20%	2	*	0,6	
		Fonte obt: mantenimento - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0							*		
		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:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,1	12	2,45	-1	-18%	82%	*	3,4	

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0	
	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	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,0	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 1,0 1,0

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6 % esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	> %.		85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0	

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	99.925,47	99.925,47	13,8	12	96.641,03	-3.284	-3%	100%	vr	3*	13,8	M	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:														cts
		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,45 vs MPond strutt: 0,49)															
		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
		euro08	<			1,2	11							*			
		prescrizione ossigeno liquido	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:														IN CORSO DI ELABORAZIONE

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	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8	
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.														
PNE1.2	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. Civile-Carrara - BPCO riacutizzata, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione	PNE1.2.1 Effettuare audit clinico	>		1,8	11						*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
		PNE1.2.2 Migliorare Esito	<	13,49	10,55	1,8	12	10,70	0	1%	95%	*	1,7	M
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
prose 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	1,8	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	1,8	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	1,8	12	100,00	10	11%	100%	*	1,8		
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	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9		
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	77,08	84,78	1,8	12	112,00	27	32%	100%		1,8	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

RT_3STR A_9SPF	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) - 2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO - CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,8	11								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									

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 metilicillino resistente	>	1,00	1,8	11								
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									

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

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 ANNI II I A									

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018								

AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61	>	1,00	0.0	12								
		Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo assegnato solo al Dip medico									

AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Progetto See& teach attivato a Livorno								

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA **0,0**

P45004	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45004 da definire	> si/no	1,00	0,0	12								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

4 - Ob Az: D.M.P.O. **1,8** **1,8**

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.								

4 - Ob Az: DIP. MEDICO **3,7** **2,8**

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

P13001b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale								
		i-P13001b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro)								

4 - Ob Az: FARMACEUTICA

P36008	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36008a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Azioni realizzate								

4 - Ob Az: NEFROLOGIA

AZ07.63	service dialisi	i-AZ07.63 CHIEDERE A BIGAZZI. NOI ABBIAMO SCRITTO UN APPUNTO "ATTIVAZIONE DEI SERVICE DELLA DIALISI"	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								

4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA

AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia								

P15003	<u>Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche</u>	i-P15003b	>	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8
		verifica rispetto rete - Massa patologie sono correlate; Viareggio: procedure broncoscopiche di particolare impegno; Livorno: patologie polmonari di competenza chirurgica; Lucca: gestione di pazienti con particolare compromissione della ventilaz	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incremento prestazioni da altre zone azienda: Pneumologia Massa Carrara incremento polisonnografia del 18% . Pneumopatia Livorno poi di competenza chirurgica 25% .NIV 25%							

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 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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)								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5		
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)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,5	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	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".

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

101_1FM
G068

PNEUMOLOGIA MASSA

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
rieipilogativo 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_1FMGCU **CARDIOLOGIA UTIC MASSA - LUN**

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

4,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	93,68	90,00	3,6	12	93,94	4	4%	100%		3,6	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,5	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													
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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													
		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:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

21,6

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,27	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	75%	4	*	1,4	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													
<hr/>															
		C5.1e	< N.	8,56	7,31	0,5	12	8,70	1	19%	30%	3	*	0,1	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa													
		Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane													
<hr/>															
		C8b.2_prod	<	0,71	0,71	0,5	12	0,10	-1	-86%	100%		*	0,5	M
		% ricoveri oltre 30 gg													
		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:													

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	63,69	70,80	0,5	12	61,68	-9	-13%	30%	3	*	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.2b	> %.	47,09	57,90	0,5	12	45,93	-12	-21%	30%	3	*	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3	> %	56,82	58,80	0,5	12	55,70	-3	-5%	0%	1	*	0,0	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4	> %	57,85	56,70	0,5	12	59,38	3	5%	100%	2	*	0,5	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	2,53	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	2,7	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	2,66	1,61	2,7	12	3,48	2	116%	100%		*	2,7	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass	<	95,00	95,00	2,7	12	90,00	-5	-5%	100%		*	2,7	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	79,60	94,33	3,6	12	97,45	3	3%	100%	4	*	3,6	M
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane										
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2	*		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		non attinente													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-0,26	-0,26	2,7	12	-0,20	0	-22%	20%	2	*	0,5	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9							*		
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M	cio
			Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:												
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		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	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cts
			Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cts
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,6	12	2,45	-1	-18%	82%		3,0		
			Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Apuane												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
			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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cts
			diminuzione rispetto all'anno precedente dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS												

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

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	16,9		
3 - Obiettivi REGIONALI										23,8	7,2		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	
		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	DM70.4	>	1,00	1,5	12	0,33	-1	-67%	33%	*	0,5	
		Infarto miocardico acuto	Fonte obt: DM70 - val obt: 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - fonte verifica:		RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]								
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	
		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_2	>	1,00	1,5	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	1,5	11					*		
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,5	12	100,00	10	11%	100%	*	1,5	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,5	12	0,94	0	-6%	94%	*	1,4	
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 259 di 391

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	1.966,69	2.163,36	1,5	12	2.084,00	-79	-4%	60%		*	0,9	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,5	11							*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	11							*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	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	1,5	11							*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
4 - Ob Az:						0,7								0,7	
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	0,7	12	1,00	0	0%	100%			*	0,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018											
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico											
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA						1,5								0,7	
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti presidi	>	1,00	1,5	11	0,50	-1	-50%	50%			*	0,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?											
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,5								1,5	

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,5							3,7	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,5							1,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Azioni realizzate</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,5							1,5	
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto</i>
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,1	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,1	
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
			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)			
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	1,00	-2	-67%	63%	3	1,6	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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' MEDICHE

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_1FM
GCU

**CARDIOLOGIA UTIC MASSA -
LUN**

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

102_102022 MALATTIE CARDIOVASCOLARI LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

1,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>		3,6	12					30%	vr		1,1
-------	--	---------------	---	--	-----	----	--	--	--	--	-----	----	--	-----

Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)

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

DIR DIP CONFERMA DIFFICOLTA E PROPONE BONUS 30%

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												cts

dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%		*	0,5	M	cio
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)														cts

dato estratto da Infoview regionale

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

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														cts

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

20,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	88%	4 *	1,6
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										

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

Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:

C5.1e	< N.	9,77	7,31	0,5	12	9,21	2	26%	43%	2*	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: Presidio Ospedaliero San Luca											

dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca

Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:

C8b.2_prod	<	0,38	0,38	0.5	12	0.16	0	-58%	100%	*	0.5
% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:									

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

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	64,22	70,80	0,5	12	63,60	-7	-10%	30%	3*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)											
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	55,11	57,90	0,5	12	53,73	-4	-7%	30%	3*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)											
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	48,97	58,80	0,5	12	46,91	-12	-20%	0%	1*	0,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)											
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	53,89	56,70	0,5	12	53,74	-3	-5%	20%	2*	0,1	
			Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
			obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)											
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	5,00	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	2,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,10	1,61	2,7	12	2,50	1	55%	100%		2,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	45,00	45,00	2,7	12	60,00	15	33%	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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	33,18	94,33	3,6	12	85,93	-8	-9%	100%	2*	3,6	M
			Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2*		
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
			non attinente											
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,95	0,95	2,7	12	0,44	-1	-54%	100%	2*	2,7	M
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,9						*		
			Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale													cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale													cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	3,6	12	2,08	-1	-31%	69%		2,5		
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
		Percentuale di risposta all'indagine di clima													
	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
		E3	< %	796,00	795,00	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.556.053,05	1.556.053,05	15,0	12	1.533.942,64	-22.110	-1%	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

35,0

16,0

3 - Obiettivi REGIONALI

24,9

7,5

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	
<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	DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	
Fonte obt: DM70 - val obt: 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - fonte verifica: RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]														
RT_3STR A 2 RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1 Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	
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 3 TAT	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	52,11	-38	-42%	58%		*	0,9	
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	0,22	-1	-78%	22%		*	0,3	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	8,95	9,85	1,6	12	21,00	11	113%	100%		1,6	M
Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:														
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11								
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T														
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,7	11								
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali														
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,7	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 metilicillino resistente	>	1,00	1,6	11								
Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali														
4 - Ob Az:						0,8								
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	0,8	12	1,00	0	0%	100%			0,8	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018														
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12								
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico														
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA						1,6								
P45004a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45004b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti i presidi	>	1,00	1,6	11	0,50	-1	-50%	50%			0,8	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?														
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,6								

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

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	Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,1								2,3
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro)
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								1,6
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	Azioni realizzate
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,6								1,6
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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
		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	* 2,5		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".

102_10202
2

**MALATTIE
CARDIOVASCOLARI LUCCA**

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

102_102023 MALATTIE CARDIOVASCOLARI - VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

0,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	78,42	90,00	3,6	12	77,38	-13	-14%	0%	*	0,0
-------	--	---------------	---	-------	-------	-----	----	-------	-----	------	----	---	-----

Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)

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

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0.5	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0.4
		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5
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	0,5							*			
		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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
---------	------	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

19,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	130,50	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	100%	4 *	1,8
			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.	10,18	7,31	0,5	12	12,09	5	65%	0%	0*	0,0
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. Francesco Barga (LU)						

C8b.2_prod	<	0,00	0,00	0,5	12	0,57	1	#Error e	0%	*	0,0
% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:									

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	69,02	70,80	0,5	12	70,86	0	0%	100%	3*	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)							
		C11a.1.2b	> %.	63,46	57,90	0,5	12	62,45	5	8%	100%	3*	0,5		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)							
		C11a.1.3	> %	48,88	58,80	0,5	12	47,57	-11	-19%	0%	1*	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)							
		C11a.1.4	> %	57,23	56,70	0,5	12	58,31	2	3%	100%	2*	0,5	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)							
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<			2,7	12				100%	vr 5*	2,7		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:		l'obiettivo era riferito al tasso/popolazione residente; ATNO ha raggiunto l'obiettivo (1,62 VS 1,9) quindi se mantenuto numero assoluto, obiettivo raggiunto-> 1 caso 2016 vs 2 casi 2017-> sostanzialmente invariati									
		C14.4_dip	>	4,72	1,61	2,7	12	4,74	3	194%	100%		2,7	M	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass	<	15,00	15,00	2,7	12	21,00	6	40%	0%		0,0		
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		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	C16.4	> %			3,6	12				100%	vr 2*	3,6		cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte RFC 106 Pronto Soccorso		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture							
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2*			
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO		non attinente							
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-0,19	-0,19	2,7	12	0,03	0	-116%	20%	2*	0,5		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9									cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,6	12	2,45	-1	-18%	82%		2,9		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
	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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione 2017

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	412.703,85	412.703,85	15,0	12	423.481,91	10.778	3%	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: 8,84 vs MPond strutt: 7,49)															
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	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.
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.4	Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,8	Fonte obt: DM70 - val obt: 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - fonte verifica: 100 casi
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
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: la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate 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	48,78	-41	-46%	54%		*	0,8	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	0,57	0	-43%	57%		*	0,9	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	55,69	61,26	1,6	12	229,00	168	274%	100%		1,6	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										

RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STR_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) - 2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO - CRM & Feasibility - 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,6	11								
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T										

RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,7	11								
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										

RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,7	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	1,6	11								
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										

4 - Ob Az:					0,8								0,8	
------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

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	0,8	12	1,00	0	0%	100%			0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018										

AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12								
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico										

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					1,6								0,8	
------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti i presidi	>	1,00	1,6	11	0,50	-1	-50%	50%			0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?										

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

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

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:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.							
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,1								
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale							
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	41,00	41,00	12	44,00	3	7%	100%	*	1,6	M
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,6								
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate							
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,6								
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto							
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'					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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
				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)							

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,5	cio		
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget										cts
		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

102_10202
3

**MALATTIE
CARDIOVASCOLARI - VDS**

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

102_102024

MALATTIE CARDIOVASCOLARI - EMODINAMICA LUCCA**1 - Obiettivi MeS**

10,0

7,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

0,6

B8**Gestione Dati**

B8.4.11

Qualità del flusso informativo SDO

> N. 97,36

0,6

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

7,0

5,5

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:

C6.2.2

Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)

> N. 5,99 8,00

1,2

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

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

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

1,2

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

1,2

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

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

C9a-F12b**Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica**

C9a-F12b

Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica

> N. 3,00

1,2

Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,3

2,3

E**VALUTAZIONE INTERNA (E)**

E1

Percentuale di risposta all'indagine di clima

> 55,00

1,2

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".

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.407.070,74	1.407.070,74	15,0	12	1.497.081,02	90.010	6%	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	Transparenza 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:		<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	DM70.6	Angioplastica coronarica percutanea	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
				Fonte obt: DM70 - val obt: 250 (di cui 30% primarie); Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta -> min 60% - fonte verifica:		394 CASI								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STR_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,1	12	0,00	-90	-100%	0%	*	0,0	
				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' MEDICHE

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	2,1	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 1° semestre)	>	0,00	0,00	2,1	12	0,00	0	#Error e	2,1
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:								
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	6,4	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	2,1	11					
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali								

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA

AZ07.60	Appropriatezza nell'uso dei dispositivi di cardiologia	i-AZ07.60 elettrofisiologia ed emodinamica -> obiettivo da definire con Bigazzi	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	2,1
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: documento inviato								
P45002	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	I-P45002b Attuazione ed applicazione del documento prodotto	>	1,00	2,1	12	0,75	0	-25%	75%	1,6
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il documento è stato elaborato, non emerge chiaramente il livello di applicazione								

4 - Ob Az: PNE

PNE1	PNE - cardiovascolare - IMA totale	i-PNE1 proporzione di infarti miocardici acuti (ima) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni	>	43,35	2,1	12	58,40	15	35%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1	
			Fonte obt: PNE - val obt: 43,35 - fonte verifica:										
PNE2		i-PNE2 mortalità a trenta giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto (ima) con esecuzione di angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni	<	2,40	4,50	2,1	12	4,01	0	-11%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1
			Fonte obt: PNE - val obt: 4,5 - fonte verifica: dato PNE 2017, valore 95%										
PNE3		i-PNE3 mortalità a trenta giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto (ima) senza esecuzione di angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca)	<	16,01	16,93	2,1	12	16,86	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,1
			Fonte obt: PNE - val obt: 16,93 - fonte verifica: dato consuntio: pne 2016, dati 2015										

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

PNE5	PNE - cardiovascolare - Angioplastica (PTCA)	i-PNE5 volume di ricoveri per angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto (ima)	>	63,00	63,00	2,1	12	79,00	16	25%	100%	*	2,1	M	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato PNE 2017										
PNE6		i-PNE6 ospedalizzazione programmata per interventi di angioplastica coronarica percutanea	>	0,28	0,79	2,1	12	0,38	0	-52%	20%	*	0,4	M	
			Fonte obt: PNE - val obt: 0,79/1.000 ab - fonte verifica:		dato PNE 2017, valore 95%										
4 - Ob Az: RETE IMA						25,7								25,1	
AZ07.105	Valutazione del percorso del paziente con STEMI	i-AZ07.105 Creazione e diffusione di una scheda per: -analisi del percorso del paziente con STEMI dal territorio alla dimissione ospedaliera (volumi, percorso, provenienza, step, etc) -analisi dell'impiego di risorse-analisi degli outcomes clinici intra-osp	>		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: entro 30/09 - fonte verifica:		VEDI CARTELLA EMODINAMICA										
AZ07.106		i-AZ07.106 % STEMI ripresi (con trattamento farmacologico e/o meccanico)	>		0,70	2,1	12	0,90	0	29%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: 70% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										
AZ07.107		i-AZ07.107 % ripresione dei STEMI complicati da shock cardiogeno o da FV pre-ospedialiera	>		70,00	2,1	12	90,00	20	29%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: 10% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										
			dato budget scritto come intero; dato verifica scritto come %												
AZ07.108		i-AZ07.108 censimento lifepack su tutto il territorio ATNO	>		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										
AZ07.109		i-AZ07.109 % di pazienti STEMI ripresi in base a LG internazionali: D2B < 90' (per i pazienti trattati con PCI primaria, PPCI) - dati espressi come mediana e 25°-75° percentile -	>		0,70	2,1	12	0,70	0	0%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: 70% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										
AZ07.110		i-AZ07.110 % di pazienti STEMI ripresi in base a LG internazionali: D2N < 30' (per i pazienti trattati con fibrinolisi) - dati espressi come mediana e 25°-75° percentile -	>		0,70	2,1	12	0,50	0	-29%	71%	*	1,5		
			Fonte obt: - val obt: 70% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										
AZ07.111		i-AZ07.111 Promozione di campagne educazionali sul dolore toracico	>		1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										
AZ07.112	efficienza bidirezionale del network	i-AZ07.112 % di pazienti dimessi da centro HUB o ritrasferiti al centro spoke	>		60,00	2,1	12	70,00	10	17%	100%	*	2,1		
			Fonte obt: - val obt: >60% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA										

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.112	efficienza bidirezionale del network	i-AZ07.112b definizione del protocollo di gestione dei trasferimenti secondari	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.113	Gestione dei trattamenti in emergenza	i-AZ07.113 Definizione dei protocolli di gestione delle urgenze coronariche e vascolari	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.114	Mantenimento della clinical competence di tutti gli Attori della Rete	i-AZ07.114 Sviluppo di almeno un progetto formativo volto alla integrazione dei vari attori coinvolti nella rete-IMA ed alla diffusione e condivisione dei protocolli di trattamento e di quanto previsto dalle LG internazionali	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.115	Garantire la disponibilità assoluta di posti letto nella Cardiologia UTIC dotata di emodinamica	i-AZ07.115 % di pazienti trasferiti in UTIC di altri presidi	>	90,00	2,1	12	90,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.116	Garantire l'accesso assoluto alla sala di Emodinamica	i-AZ07.116 Predisposizione di un documento di definizione della rete di Emodinamiche (intra e/o interaziendale), che consenta rapida individuazione di percorso di rete alternativo in caso di indisponibilità dell'Emodinamica di riferimento	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						

5 - Obiettivi QUALITA'

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,5	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,5	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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
		Q04	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	* 2,5		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".

102_10202
4

**MALATTIE
CARDIOVASCOLARI -
EMODINAMICA LUCCA**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

102_421093

NEUROLOGIA LUCCA

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,1

0,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.8	>	65,51	90,00	3,7	12	63,17	-27	-30%	0%	*	0,0
-------	--	---------------	---	-------	-------	-----	----	-------	-----	------	----	---	-----

Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)

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

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0.5	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0.4
		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	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5
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	0,5							*			
		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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
---------	------	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,1

20,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	88%	4 *	1.6
		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.	9,77	7,31	0,5	12	9,21	2	26%	43%	2*	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: Presidio Ospedaliero San Luca						

C8b.2_prod	<	0,60	0,60	0,5	12	0,00	-1	-100%	100%	*	0,5
% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:									

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	65,05	67,10	0,5	12	64,26	-3	-4%	30%	3 *	0,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
						obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)								
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,8	12	0,00	-2	-100%	100%	5 *	2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:										
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,10	1,61	2,8	12	2,50	1	55%	100%		2,8	M
				Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura								
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	17,00	17,00	2,8	12	17,00	0	0%	100%		2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	42,04	94,33	3,7	12	85,93	-8	-9%	100%	2 *	3,7	M
				Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca								
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
						non attinente								
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,23	-0,23	2,8	12	0,61	1	-366%	20%	2 *	0,6	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,9								
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,9	M
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,9	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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,9	M
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	2,8	2,8
---	-----	-----

VALUTAZIONE INTERNA (E)		<	%.	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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,9	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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	19.662,51	19.662,51	15,0	12	19.206,42	-456	-2%	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: 2,39 vs MPond strutt: 0,08)																	
		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	> sì/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>							

martedì 12 marzo 2019

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1 Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	
				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_2 2) riorganizzare l'offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	1,00	1,7	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	1,7	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	1,7	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	0,90	0	-10%	90%	*	1,5	
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	968,18	1.065,00	1,7	1.380,00	315	30%	100%	*	1,7	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,7	11					*		
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T							
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	5,0	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	1,7	11					*		
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali							
4 - Ob Az:					3,3	3,3							
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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1 Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	>	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		3,3	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*		obiettivo assegnato solo al Dip medico
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,7								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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,3								2,5
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,7								1,7
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Azioni realizzate
4 - Ob Az: NEUROLOGIA					5,0								4,2
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01b Applicazione PTDA già definito	>	1,00	1,7	11	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	In attesa evidenze sul grado di applicazione del documento
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02b Applicazione documento definito	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Definito e applicato
P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05b Applicazione linee guida definite (entro marzo)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	Il dipartimento dichiara di avere raggiunto l'obiettivo
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								15,0

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

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	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_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	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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	3,0	cio cts
			verbalizzate da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalizzate pervenute al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	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	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	* Pes Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
						<u>Valutazione</u>
						<u>p1 P2</u>

102_42109
3

NEUROLOGIA 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_421097 **PNEUMOLOGIA LUCCA**

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,7

1,0

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSa)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,2

22,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	126,60	2,1	12	123,44	3	3%	88%	4	1,8	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C5.1e	< N.	9,77	0,5	12	9,21	2	26%	43%	2	0,2	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:											
		C8b.2_prod	<	0,00	0,5	12	0,00	0	#Error e	100%	*	0,5		
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	64,22	0,5	12	63,60	-7	-10%	30%	3	0,2		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:											

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	55,11	57,90	0,5	12	53,73	-4	-7%	30%	3	*	0,2	
		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	48,97	58,80	0,5	12	46,91	-12	-20%	0%	1	*	0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	53,89	56,70	0,5	12	53,74	-3	-5%	20%	2	*	0,1	
		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	3,1	12	0,00	-2	-100%	100%	5	*	3,1	
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:													
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,10	1,61	3,1	12	2,50	1	55%	100%		*	3,1	M
		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura											
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	22,00	22,00	3,1	12	18,00	-4	-18%	100%		*	3,1	M
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	42,04	94,33	2,1	12	85,93	-8	-9%	100%	2	*	2,1	M
		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca											
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2	*		
		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
		non attinente													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	1,71	1,71	3,1	12	1,73	0	1%	20%	2	*	0,6	
		Fonte obt: mantenimento - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0							*		
		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:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,1	12	2,08	-1	-31%	69%	*	2,9	

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0	
	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	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,0	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 1,0 1,0

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6 % esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	> %.		85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0	

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	25,5
3 - Obiettivi REGIONALI	16,5	8,0

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

RT_4QUA_1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	2,1	11												
		Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente		Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:														
4 - Ob Az:					6,2													6,2
AZ_3PERS	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:														
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	4,1	12	1,00	0	0%	100%								4,1
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61	>	1,00	0,0	12												
		Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%								2,1
		Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					0,0													
P45004	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45004	> si/no	1,00	0,0	12												
		da definire		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
4 - Ob Az: D.M.P.O.					2,1													2,1
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:														
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,1													3,1
P13001b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b	>	1,00	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%								1,0
		definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
		i-P13001b1	>	2,00	2,00	12	4,00	2	100%	100%								2,1
		riduzione dei DH		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					2,1													2,1

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

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

AZ07.63	service dialisi	i-AZ07.63 CHIEDERE A BIGAZZI. NOI ABBIAMO SCRITTO UN APPUNTO "ATTIVAZIONE DEI SERVICE DELLA DIALISI"	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								

4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA	4,1											4,1
------------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia						

P15O03	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15O03b verifica rispetto rete - Massa patologie sonno correlate; Viareggio: procedure broncoscopiche di particolare impegno; Livorno: patologie polmonari di competenza chirurgica; Lucca: gestione di pazienti con particolare compromissione della ventilaz	>	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incremento prestazioni da altre zone azienda: Pneumologia Massa Carrara incremento polisinnografia del 18% . Pneumopatia Livorno poi di competenza chirurgica 25% .NIV 25%						

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0											13,2
------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0											13,2
------------------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------

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 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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)						

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7
				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

* = 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' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42109
7

PNEUMOLOGIA 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

105_BD103320

NEUROFISIOPATOLOGIA VDE (105)

4

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,3

1,0

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.8	>	92,42	90,00	7,3	12	37,34	-53	-59%	0%	*	0,0		
		Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												
B8	Gestione Dati	B8.4.1	>	%.	99,38	98,50	1,0	12	99,46	1	1%	100%	*	1,0	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.13	>	N.		90,00	1,0					*			
		Qualità del flusso informativo SPA	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,2

15,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	124,72	120,00	3,7	12	123,44	3	3%	67%	4	2,5	M
				Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1	% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	>	%	65,36	67,10	1,0	12	63,64	-3	-5%	30%	3	0,3	
				Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
				obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	%			0,0	12					0		cio
				Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										
				non attinente												
C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	<	N.			0,0	12					2		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
				non attinente												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	Indice di performance degenza media - DRG Medici	<			0,00	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	1,8								cio
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	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	cio
															cts
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,9	12	80,00	0	0%	100%		0,9		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,8	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,8	M	cio
															cts
		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	cio
															cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	7,3	12	2,69	0	-10%	90%		6,6		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	3,7	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		3,7		
	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	1,8	12	713,00	-82	-10%	100%		1,8	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	22.226,99	22.226,99	15,0	12	18.808,97	-3.418	-15%	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: 2,39 vs MPond strutt: 0,13)

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	> %.	0,0	12							*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

'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_2RET1	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RET1_1	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	
		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:										

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_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	>	1.568,88	1.725,77	1,9	12	1.511,00	-215	-12%	0%	*	0,0
9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									

RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,9	11					*		
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										

non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

RT_4QUA_1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	5,8	11							*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali															
4 - Ob Az:					0,0										
AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12							*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA															
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							*		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico															
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,9									1,9	
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: Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.															
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,9									2,9	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*		1,9	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018															
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		*		1,0	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale															
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,9									1,9	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*		1,9	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Azioni realizzate															
4 - Ob Az: NEUROLOGIA					5,8									4,9	
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01b Applicazione PTDA già definito	>	1,00	1,9	11	0,50	-1	-50%	50%		*		1,0	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: In attesa evidenze sul grado di applicazione del documento															
P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02b Applicazione documento definito	>	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*		1,9	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Definito e applicato															

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

P44O05	<u>Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter</u>	i-P44O05b Applicazione linee guida definite (entro marzo)	>	N.	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	
						Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il dipartimento dichiara di avere raggiunto l'obiettivo						
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								
2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	>	N.	1,00	3,0	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_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	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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	cio cts
						verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget						
						Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
						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	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														

105_BD10
33204

**NEUROFISIOPATOLOGIA 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

105_BD103340

CARDIOLOGIA VDE E AVC (105)

4

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

1,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	%.		3,6	12					30%	vr		1,1		
		Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)	Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:		DIR DIP CONFERMA DIFFICOLTA E PROPONE BONUS 30%												
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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

22,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	124,72	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	67%	4	*	1,2	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											
<hr/>																
		C5.1e	<	N.	9,26	7,31	0,5	12	9,68	2	32%	20%	2	*	0,1	
		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)											
<hr/>																
		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:													

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	66,38	70,80	0,5	12	72,48	2	2%	100%	3	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.2b	> %.	53,95	57,90	0,5	12	59,93	2	4%	100%	3	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3	> %	52,29	58,80	0,5	12	51,11	-8	-13%	0%	1	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4	> %	48,55	56,70	0,5	12	49,79	-7	-12%	35%	2	0,2	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	5	2,7		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	1,37	1,61	2,7	12	1,63	0	1%	100%		2,7	M	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass	<	39,00	39,00	2,7	12	27,00	-12	-31%	100%		2,7	M	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %			3,6	12				100%	vr	0	3,6	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)										cts
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2			
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		non attinente													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<			2,7	12				50%	vr	2	1,4	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
		la struttura ha la degenza media più bassa di tutte le cardiologie atno. Bonus 50%													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9									cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												cts

* = 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' MEDICHE

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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		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	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	3,6	12	2,69	0	-10%	90%	<input type="checkbox"/>	3,2
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	0,9			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:														
	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 cts dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016 dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata
		Percentuale di assenza		Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:														
		E3	<	%.	796,00	795,00	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,9		M	cio cts Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS
		Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente														

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	350.154,04	350.154,04	15,0	12	421.119,38	70.965	20%	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: 8,84 vs MPond strutt: 3,00)										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	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	<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	DM70.4	Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,7	<i>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]</i>
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	<i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</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	1,5	11						*		<i>la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate</i>
		RT_3STRA_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,5	11						*		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT_3STRA_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,5	12	100,00	10	11%	100%		*	1,5	<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,5	12	0,71	0	-29%	71%		*	1,1	

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	676,78	744,46	1,5	12	552,00	-192	-26%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0	
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,5	11						<input type="checkbox"/>	*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T										
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	11						<input type="checkbox"/>	*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	11						<input type="checkbox"/>	*	
				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	1,5	11						<input type="checkbox"/>	*	
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali										
4 - Ob Az:						0,7								0,7
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						<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	0,7	12	1,00	0	0%	100%		<input type="checkbox"/>	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018										
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12						<input type="checkbox"/>	*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico										
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA						1,5								0,7
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti presidi	>	1,00	1,5	11	0,50	-1	-50%	50%		<input type="checkbox"/>	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?										
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,5								1,5

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,5							3,7	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,5							1,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Azioni realizzate</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,5							1,5	
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	cio cts	
verbalì 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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' MEDICHE

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
33404

**CARDIOLOGIA VDE E AVC
(105)**

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_HC02CA
R

CARDIOLOGIA CECINA

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

4,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	67,21	90,00	3,6	12	97,23	7	8%	100%	*	3,6	M
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
		Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)												

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:											cts
		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												

B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%		0,5	M	cio
Corretta identificazione del cittadino		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte		dato estratto da Infoview regionale									cts
(SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)		verifica:											

B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36		0,5						*		cio
		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												

B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	>	%.	36,33		0,5						*		cts
		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:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

18,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	113,09	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	40%	4	0,7
		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.	8,55	7,31	0.5	12	8,95	2	22%	30%	3*	0.1
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)					

C8b.2_prod	% ricoveri oltre 30 gg	<		0,25	0,25	0,5	12	0,24	0	-4%	100%	*	0,5	M
		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	69,09	70,80	0,5	12	69,09	-2	-2%	30%	3	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.2b	> %.	47,63	57,90	0,5	12	50,96	-7	-12%	62%	3	0,3	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3	> %	53,04	58,80	0,5	12	51,55	-7	-12%	0%	1	0,0	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4	> %	48,45	56,70	0,5	12	48,20	-8	-15%	20%	2	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	20,54	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	3	2,7	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:										
		C14.4_dip	>	1,93	1,61	2,7	12	1,98	0	23%	100%		2,7	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura								
		C4.9ass	<	71,00	71,00	2,7	12	84,00	13	18%	0%		0,0	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		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	C16.4	> %			3,6	12				100%	vr 1	3,6	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)								
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
		non attinente												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	0,07	0,07	2,7	12	0,35	0	387%	20%	2	0,5	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9								
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	M	cio
Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		cts
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:															
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		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	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cts
Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cts
Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO															

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,6	12	2,69	0	-10%	90%		3,2		
Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica: valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: Ausl NO															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
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	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															
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %	796,00	795,00	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cts
diminuzione rispetto all'anno precedente dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS															

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 8.84 vs MPond strutt: 5.37)

35.0

15.7

23,8

6,1

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

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

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

non pervenuti ancora i risultati regionali

non pervenuti ancora i risultati regionali

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	268,52	295,38	1,5	12	273,00	-22	-8%	17%	0,2	M
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) - 2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,5	11							
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	11							
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	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 metilicillino resistente	>	1,00	1,5	11							
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
4 - Ob Az:						0,7							
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	0,7	12	1,00	0	0%	100%		0,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018									
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico									
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA						1,5							
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti i presidi	>	1,00	1,5	11	0,50	-1	-50%	50%		0,7	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?									
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,5							

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,5							3,7	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,5							1,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Azioni realizzate</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,5							1,5	
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto</i>
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,2	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,2	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
													Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati	

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

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

106_HC02
CAR

CARDIOLOGIA 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_HL02CA

CARDIOLOGIA UTIC LIVORNO

R

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

4,4

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	44,74	90,00	3,6	12	90,94	1	1%	100%		3,6	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,5	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									
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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									
		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 traumi		Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13	> N.	90,00	0,5							*			
		Qualità del flusso informativo SPA		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

20,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	123,41	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,7
		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									
<hr/>														
		C5.1e	< N.	9,20	7,31	0,5	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1
		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: Osp. Livorno									
<hr/>														
		C8b.2_prod	<	0,57	0,57	0,5	12	0,54	0	-5%	100%		*	0,5
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
<hr/>														

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	63,64	70,80	0,5	12	64,00	-7	-10%	35%	3	0,2	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.2b	> %.	38,23	57,90	0,5	12	41,92	-16	-28%	49%	3	0,2	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3	> %	61,52	58,80	0,5	12	59,05	0	0%	100%	1	0,5		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4	> %	53,91	56,70	0,5	12	53,61	-3	-5%	20%	2	0,1		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	1,79	1,92	2,7	12	1,52	0	-21%	100%	3	2,7	M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	3,21	1,61	2,7	12	2,56	1	59%	100%		2,7		
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass	<	74,00	74,00	2,7	12	84,00	10	14%	0%		0,0		
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	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	C16.4	> %			3,6	12				100%	vr	0	3,6	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno										
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2			
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		non attinente													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	0,57	0,57	2,7	12	-0,48	-1	-185%	100%	2	2,7	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9									cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	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	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,6	12	2,55	0	-15%	85%		3,1		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
	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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione 2017

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.392.821,65	2.392.821,65	15,0	12	1.959.102,51	-433.719	-18%	100%	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
<hr/>															
		Euro01a	> %.			0,0	12								cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

16,5

3 - Obiettivi REGIONALI

23,8

6,8

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	<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	DM70.4	Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	<i>RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]</i>
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	<i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</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	1,5	11						*		<i>la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate</i>
		RT_3STRA_3TAT_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,5	11						*		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT_3STRA_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,5	12	31,86	-58	-65%	35%		*	0,5	
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,5	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,3	<i>Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:</i>

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	48,23	53,06	1,5	12	362,00	309	582%	100%		1,5	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,5	11								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											

RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	11								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											

		RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	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 metilicillino resistente	>	1,00	1,5	11								
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											

4 - Ob Az:					0,7								0,7	
------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

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	0,7	12	1,00	0	0%	100%			0,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018											

AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico											

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					1,5								0,7	
------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti i presidi	>	1,00	1,5	11	0,50	-1	-50%	50%			0,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?											

4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,5								1,5	
---------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,5							3,7	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,5							1,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Azioni realizzate</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,5							1,5	
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
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)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	cio cts	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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' MEDICHE

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_HL02
CAR

CARDIOLOGIA UTIC LIVORNO

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_HL02NEU

NEUROLOGIA LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,1

2,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.8	>	82,47	90,00	3,7	12	85,46	-5	-5%	40%	*	1,5	M
		Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	80,00	0,5	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										
		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										
		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 traumi		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:										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,1

20,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	123,41	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4*	0,7
		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.	9,20	7,31	0,5	12	9,40	2	29%	20%	2*	0,1
		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: Osp. Livorno										
		C8b.2_prod	<		2,35	2,35	0,5	12	2,91	1	24%	0%	*	0,0
		% ricoveri oltre 30 gg		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	65,12	67,10	0,5	12	63,58	-4	-5%	30%	3 *	0,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
						obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)								
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<			2,8	12				100%	vr 3 *	2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:		l'obiettivo era riferito al tasso/popolazione residente; ATNO ha raggiunto l'obiettivo (1,62 VS 1,9) quindi se mantenuto numero assoluto, obiettivo raggiunto-> 28 casi 2016 vs 16 casi 2017								
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	3,21	1,61	2,8	12	2,56	1	59%	100%		2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura								
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	2,8	12	2,00	2	#Error e	100%	vr	2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		ricalcolato considerando solo i drg per i quali è stata superata la soglia; nr casi irrilevante								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			3,7	12				100%	vr 0 *	3,7	
				Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno								
						La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture								
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
						non attinente								
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	3,52	3,52	2,8	12	4,08	1	16%	20%	2 *	0,6	
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,9								
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:										
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,9	
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,9	
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	3,7	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,2
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Livornese							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	1,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1.9
		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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												</
----------------------------	-----	---	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

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	< %.	796,00	795,00	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,9	M	cio	
Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente			Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.555.041,75	1.555.041,75	15,0	12	1.359.428,36	-195.613	-13%	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								
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".

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										cts
Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	
		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_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	41,96	-48	-53%	47%		0,8	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,7	12	0,21	-1	-79%	21%		0,4	
		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	>	176,03	193,64	1,7	231,00	37	19%	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:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11							
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T													
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2	>	1,00	5,0	11							
		Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
non pervenuti ancora i risultati regionali													

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione 2017

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	1,7	11							*			
non pervenuti ancora i risultati regionali																	
4 - Ob Az:						3,3	3,3										
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	3,3	12	1,00	0	0%	100%			*		3,3		
Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018																	
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12								*			
obiettivo assegnato solo al Dip medico																	
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,7	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	1,7	12	1,00	0	0%	100%			*		1,7		
Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.																	
4 - Ob Az: DIP. MEDICO						3,3	2,5										
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%			*		1,7		
Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018																	
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%			*		0,8		
Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale																	
4 - Ob Az: FARMACEUTICA						1,7	1,7										
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	>	N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%			*		1,7	
Azioni realizzate																	
4 - Ob Az: NEUROLOGIA						5,0	4,2										
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01b Applicazione PTDA già definito	>	1,00	1,7	11	0,50	-1	-50%	50%			*		0,8		
In attesa evidenze sul grado di applicazione del documento																	

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

P44O02	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02b Applicazione documento definito	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Definito e applicato								

P44O05	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05b Applicazione linee guida definite (entro marzo)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il dipartimento dichiara di avere raggiunto l'obiettivo								

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	12,9
------------------------	------	------

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	3,0	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_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,0	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	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	3,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,9
		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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
		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

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								

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' MEDICHE

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_HL02
NEU

NEUROLOGIA LIVORNO

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_HL02PNU **PNEUMOLOGIA LIVORNO**

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,7

1,0

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	M cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,2

24,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	<	N.	123,41	120,00	2,1	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8	
		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.	9,20	7,31	0,5	12	9,40	2	29%	20%	2	*	0,1	
		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: Osp. Livorno							
		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:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	>	%.	63,64	70,80	0,5	12	64,00	-7	-10%	35%	3	*	0,2	M cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina			Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	38,23	57,90	0,5	12	41,92	-16	-28%	49%	3*	0,3	M	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	61,52	58,80	0,5	12	59,05	0	0%	100%	1*	0,5		
		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	53,91	56,70	0,5	12	53,61	-3	-5%	20%	2*	0,1		
		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<			3,1	12				100%	vr 3*	3,1		
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica: risultano 0 casi													
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	3,21	1,61	3,1	12	2,56	1	59%	100%		3,1		
		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica: preso da MeS: solo per PO, non è possibile calcolo per struttura													
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	0,00	0,00	3,1	12	0,00	0	#Error e	100%		3,1		
		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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			2,1	12				100%	vr 0*	2,1		cio cts
		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno													
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2*			
		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO													
		non attinente													
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	0,16	0,16	3,1	12	-0,88	-1	-640%	100%	2*	3,1	M	
		Fonte obt: mantenimento - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0									cio cts
		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	1,0	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	1,0	M	cio cts
		Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,1	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,5	

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0	
	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	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,0	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 1,0 1,0

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6 % esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	> %		85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0	

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	82.848,71	82.848,71	13,8	12	60.957,21	-21.891	-26%	100%	vr	3	13,8	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													cts
		bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1,45 vs MPond strutt: 0,17)														
		Euro01a	> %.			0,0	12									cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
		euro08	<			1,2	11									
		prescrizione ossigeno liquido	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
			IN CORSO DI ELABORAZIONE													

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	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8		
				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.												
PNE1.4	Miglioramento degli esiti - 1) gestione delle criticità: ridurre il rischio di morte rispetto al benchmark regionale-Osp. di Livorno-Livorno - BPCO riacutizzata, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione	PNE1.4.1	Effettuare audit clinico	>		1,8	11						*			
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
																</

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,8	12	0,60	0	-40%	60%	<input type="checkbox"/>	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)	>	1.078,08	1.185,88	1,8	12	921,00	-265	-22%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											
RT_3STR A_3SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,8	11					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											
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	1,8	11					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											
4 - Ob Az:					5,5	5,5								
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	3,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,7		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018											
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico											
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,8		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno											
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					0,0									
P45O04	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45O04 da definire	> si/no	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,8	1,8								

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,7								2,8
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro)
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,8								1,8
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	Azioni realizzate
4 - Ob Az: NEFROLOGIA					0,0								
AZ07.63	service dialisi	i-AZ07.63 CHIEDERE A BIGAZZI. NOI ABBIAMO SCRITTO UN APPUNTO "ATTIVAZIONE DEI SERVICE DELLA DIALISI"	>	1,00	0,0	12					*		
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					3,7								3,7
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia
P15O03	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15O03b verifica rispetto rete - Massa patologie sonno correlate; Viareggio: procedure broncoscopiche di particolare impegno; Livorno: patologie polmonari di competenza chirurgica; Lucca: gestione di pazienti con particolare compromissione della ventilaz	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	Incremento prestazioni da altre zone azienda: Pneumologia Massa Carrara incremento polisinnografia del 18% . Pneumopatia Livorno poi di competenza chirurgica 25% .NIV 25%
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,9
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								14,9
2017_O1	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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_O1b	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5		
		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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5		
		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)											
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	2,00	-1	-33%	97%	3	*	2,4	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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															

106_HL02
PNU

PNEUMOLOGIA LIVORNO

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

106_HL04CA

EMODINAMICA LIVORNO

R

1 - Obiettivi MeS

10,0

8,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

0,6

B8	Gestione Dati	B8.4.11	> N.	97,36	0,6														
		Qualità del flusso informativo SDO																	
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

7,0

5,7

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

		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	1,2	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	1,2					
		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

M
cio
cts

		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		*	0,6					
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:															

cio
cts

		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

cio
cts

		C6.6	> %	2,66	3,00	1,2	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,2					
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																	
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:															

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

M
cio
cts

		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,2					
		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

M
cio
cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	1,2	12	2,55	0	-15%	85%		*	1,0					
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica																	
				Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:															

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,3

2,3

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,2	
		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						*		annullato, si veda email SDGrande del 10/10
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)													
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M
		Percentuale di assenza			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:										cio
															cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,2	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,2	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			diminuzione rispetto all'anno precedente										cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.110.952,94	1.110.952,94	15,0	12	1.183.451,76	72.499	7%	55%	vr	3	*	8,2	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts	
		Euro01a	> %.			0,0	12						*		cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 5,34 vs MPond strutt: 3,40)

Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,2	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.										
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.6	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	
		Angioplastica coronarica percutanea	Fonte obt: DM70 - val obt: 250 (di cui 30% primarie); Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta -> min 60% - fonte verifica:			469 CASI							

'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 QIV 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".

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	2,2	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
			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	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	1,1
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:									
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	185,98	204,58	2,2	210,00	5	3%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	6,7	11					<input type="checkbox"/>	
			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 metilicillina resistente	>	1,00	2,2	11					<input type="checkbox"/>	
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					4,4						3,9	
AZ07.60	Appropriatezza nell'uso dei dispositivi di cardiologia	i-AZ07.60 elettrofisiologia ed emodinamica -> obiettivo da definire con Bigazzi	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: documento inviato									
P45O02	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	i-P45O02b Attuazione ed applicazione del documento prodotto	>	1,00	2,2	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	1,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il documento è stato elaborato, non emerge chiaramente il livello di applicazione									
4 - Ob Az: PNE					8,9						2,5	
PNE1	PNE - cardiovascolare - IMA totale	i-PNE1 proporzione di infarti miocardici acuti (ima) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni	>	43,35	2,2	12	52,30	9	21%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
			Fonte obt: PNE - val obt: 43,35 - fonte verifica:									
PNE2		i-PNE2 mortalità a trenta giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto (ima) con esecuzione di angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giornitransluminale (ptca) entro 2 giorni	<	4,48	4,50	2,2	4,57	0	2%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0
			Fonte obt: PNE - val obt: 4,5 - fonte verifica: dato PNE 2017, valore 95%									

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

PNE3	PNE - cardiovascolare - IMA totale	i-PNE3 mortalità a trenta giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto (ima) senza esecuzione di angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca)	<	10,96	16,93	2,2	12	18,96	2	12%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0
				Fonte obt: PNE - val obt: 16,93 - fonte verifica:		dato PNE 2017, valore 95%							
PNE5	PNE - cardiovascolare - Angioplastica (PTCA)	i-PNE5 volume di ricoveri per angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto (ima)	>			0,0	12					<input type="checkbox"/>	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		dato PNE 2017							
				non definite le fasce di positività									
PNE6		i-PNE6 ospedalizzazione programmata per interventi di angioplastica coronarica percutanea	>	0,43	0,79	2,2	12	0,48	0	-39%	14%	<input type="checkbox"/>	0,3
				Fonte obt: PNE - val obt: 0,79/1.000 ab - fonte verifica:		dato PNE 2017, valore 95%							
4 - Ob Az: RETE IMA						26,7							25,6
AZ07.105	Valutazione del percorso del paziente con STEMI	i-AZ07.105 Creazione e diffusione di una scheda per: -analisi del percorso del paziente con STEMI dal territorio alla dimissione ospedaliera (volumi, percorso, provenienza, step, etc) -analisi dell'impiego di risorse-analisi degli outcomes clinici intra-osp	>		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
				Fonte obt: - val obt: entro 30/09 - fonte verifica:		VEDI CARTELLA EMODINAMICA							
AZ07.106		i-AZ07.106 % STEMI riperfusi (con trattamento farmacologico e/o meccanico)	>		0,70	2,2	12	0,90	0	29%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
				Fonte obt: - val obt: 70% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA							
AZ07.107		i-AZ07.107 % riperfusione dei STEMI complicati da shock cardiogeno o da FV pre-ospedaliera	>		70,00	2,2	12	90,00	20	29%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
				Fonte obt: - val obt: 10% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA							
				dato budget scritto come intero; dato verifica scritto come %									
AZ07.108		i-AZ07.108 censimento lifehack su tutto il territorio ATNO	>		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA							
AZ07.109		i-AZ07.109 % di pazienti STEMI riperfusi in base a LG internazionali: D2B < 90' (per i pazienti trattati con PCI primaria, PPCL) - dati espressi come mediana e 25°-75° percentile -	>		0,70	2,2	12	0,68	0	-3%	97%	<input type="checkbox"/>	2,2
				Fonte obt: - val obt: 70% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA							
AZ07.110		i-AZ07.110 % di pazienti STEMI riperfusi in base a LG internazionali: D2N < 30' (per i pazienti trattati con fibrinolisi) - dati espressi come mediana e 25°-75° percentile -	>		0,70	2,2	12	0,40	0	-43%	57%	<input type="checkbox"/>	1,3
				Fonte obt: - val obt: 70% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA							
AZ07.111		i-AZ07.111 Promozione di campagne educazionali sul dolore toracico	>		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,2
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA							

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.112	efficienza bidirezionale del network	i-AZ07.112 % di pazienti dimessi da centro HUB o ritrasferiti al centro spoke	>	60,00	2,2	12	60,00	0	0%	100%	*	2,2
				Fonte obt: - val obt: >60% - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
		i-AZ07.112b definizione del protocollo di gestione dei trasferimenti secondari	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.113	Gestione dei trattamenti in emergenza	i-AZ07.113 Definizione dei protocolli di gestione delle urgenze coronariche e vascolari	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.114	Mantenimento della clinical competence di tutti gli Attori della Rete	i-AZ07.114 Sviluppo di almeno un progetto formativo volto alla integrazione dei vari attori coinvolti nella rete-IMA ed alla diffusione e condivisione dei protocolli di trattamento e di quanto previsto dalle LG internazionali	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.115	Garantire la disponibilità assoluta di posti letto nella Cardiologia UTIC dotata di emodinamica	i-AZ07.115 % di pazienti trasferiti in UTIC di altri presidi	>	90,00	2,2	12	90,00	0	0%	100%	*	2,2
				Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						
AZ07.116	Garantire l'accesso assoluto alla sala di Emodinamica	i-AZ07.116 Predisposizione di un documento di definizione della rete di Emodinamiche (intra e/o interaziendale), che consenta rapida individuazione di percorso di rete alternativo in caso di indisponibilità dell'Emodinamica di riferimento	>	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2
				Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:		VEDI CATRELLA EMODINAMICA						

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,9

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,9
2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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)						

* = 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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5												
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)										
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	2,00	-1	-33%	97%	3	2,4		cio										
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										cts
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		cio										
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)										cts
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio										
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO										cts
														Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati										

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

106_HL04
CAR

EMODINAMICA 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_HP02CAR **CARDIOLOGIA PIOMBINO (106)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

4,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>	32,21	90,00	3,6	12	86,41	-4	-4%	94%		3,4	M
		Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,5	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										
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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										
		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:										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

23,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,93	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,7
		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											
<hr/>														
		C5.1e	< N.	7,42	7,31	0,5	12	7,98	1	9%	40%	4	*	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: Civile Piombino (LI)											
<hr/>														
		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:											

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	53,35	70,80	0,5	12	68,37	-2	-3%	100%	3 *	0,5	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)									
		C11a.1.2b	> %.	35,11	57,90	0,5	12	48,05	-10	-17%	87%	3 *	0,4	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C11a.1.3	> %	55,31	58,80	0,5	12	52,63	-6	-10%	0%	1 *	0,0		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C11a.1.4	> %	45,38	56,70	0,5	12	47,32	-9	-17%	37%	2 *	0,2	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
						obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	20,54	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	3 *	2,7	M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:											
		C14.4_dip	>	3,01	1,61	2,7	12	2,58	1	60%	100%		2,7		
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass	<	57,00	57,00	2,7	12	55,00	-2	-4%	100%		2,7	M	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	70,19	94,33	3,6	12	95,07	1	1%	100%	4 *	3,6	M	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.			0,0	12					2 *			
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
						non attinente									
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	-0,81	-0,81	2,7	12	-0,97	0	19%	100%	2 *	2,7	M	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9									cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											cts

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	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	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,6	12	2,51	0	-16%	84%		3,0		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
	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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

F Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa													
Euro01	< €.	42.570,16	42.570,16	15,0	12	39.926,51	-2.644	-6%	100%	vr	3*	15,0	M
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 8,84 vs MPond strutt: 1,24)													
Euro01a	> %.			0,0	12						*		M
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													23,8	5,1
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5		
		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	DM70.4	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%		0,7		
		Infarto miocardico acuto		Fonte obt: DM70 - val obt: 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - fonte verifica:		NON RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]								
RT_3STR A 2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5		
		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_2	>	1,00	1,5	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	1,5	11								
		4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali								
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,5	12	18,75	-71	-79%	21%		0,3		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)		Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,5	12	0,71	0	-29%	71%		1,1		
		9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)		Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:										

* = 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	33,32	36,65	1,5	12	32,00	-5	-13%	0%	*	0,0
				Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:									
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>		1,00	1,5	11					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T									
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>		1,00	4,5	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 metilicillino resistente	>		1,00	1,5	11					*	
				Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali									
4 - Ob Az:						0,7							
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	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018									
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>		1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico									
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA						1,5							
P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti i presidi	>		1,00	1,5	11	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?									
4 - Ob Az: D.M.P.O.						1,5							

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,5							3,7	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44, fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,5							1,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Azioni realizzate</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,5							1,5	
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5		
			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)									
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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".

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

106_HP02
CAR

CARDIOLOGIA PIOMBINO (106)

Totale pesi **100,0**

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

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

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

UO/UF

112_16L5 **CARDIOLOGIA VERSILIA**

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,0

1,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.1	>		3,6	12					30%	vr		1,1
--------------	---	---------------	---	--	-----	----	--	--	--	--	-----	----	--	-----

Percentuale di prime visite specialistiche cardiologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)

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

DIR DIP CONFERMA DIFFICOLTA E PROPONE BONUS 30%

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												cts

dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%		*	0,5	M	cio
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)														cts

dato estratto da Infoview regionale

Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:

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														cts

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,2

18,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	1,8	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,7
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti												

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

Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:

C5.1e	< N.	8,01	7,31	0,5	12	8,57	1	17%	30%	3	*	0,1	
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa													

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

Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:

C8b.2_prod	<	0,23	0,23	0,5	12	0,12	0	-48%	100%		*	0,5	M
% ricoveri oltre 30 gg													

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

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	71,98	70,80	0,5	12	70,77	0	0%	30%	3*	0,1	
		Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	61,03	57,90	0,5	12	59,73	2	3%	100%	3*	0,5	
		Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	54,53	58,80	0,5	12	53,44	-5	-9%	0%	1*	0,0	
		Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	60,08	56,70	0,5	12	59,55	3	5%	100%	2*	0,5	
		Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										
		obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	2,7	12	0,00	-2	-100%	100%	4*	2,7	
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,76	1,61	2,7	12	2,48	1	54%	100%		2,7	
		Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura										
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	28,00	28,00	2,7	12	36,00	8	29%	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	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			3,6	12				100%	vr 2*	3,6	
		Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - 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												
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2*		
		Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO										
		non attinente												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,53	-0,53	2,7	12	-0,23	0	-56%	20%	2*	0,5	
		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,9								
		Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:												

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	0,9	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	0,5	12	80,00	0	0%	100%		0,5		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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5		cio
															cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
															cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,6	12	2,38	-1	-21%	79%		2,9		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	0,9		
	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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0,9	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.281.637,82	1.281.637,82	15,0	12	1.266.098,25	-15.540	-1%	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: 8,84 vs MPond strutt: 7,68)												cts
<hr/>																	
		Euro01a	> %.			0,0	12						*			cio	
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	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	DM70.4	Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	RAGGIUNTO [se(valore 2017=0 o >=100; raggiunto; non raggiunto)]
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STR A_2RETI_1	Attuazione delle azioni previste dallo specifico Piano operativo di rete per le reti ICTUS, EMERGENZA CARDIOLOGICA, TRAUMA MAGGIORE; Attivazione Rete Codice Rosa;	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
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	1,5	11						*		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_4	4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,5	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali
		RT_3STR A_3TAT_9	9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,5	12	100,00	10	11%	100%		*	1,5	
		RT1.1	9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,5	12	0,92	0	-8%	92%		*	1,4	Fonte obt: AZ - val obt: 100% - 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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	423,17	465,49	1,5	12	455,00	-10	-2%	75%		1,1	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1) Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,5	11								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T											

RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_1 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito - Migliorare l'esito; Effettuare un audit clinico (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	11								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											

RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	4,5	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 metilicillino resistente	>	1,00	1,5	11								
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali											

4 - Ob Az:					0,7									0,7
------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

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	0,7	12	1,00	0	0%	100%			0,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018											

AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12								
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico											

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					1,5									0,7
------------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

P45O04a	CARDIOLOGIA: Progettare e avviare un progetto di Formazione in cardiologia pediatrica: estensione telemedicina (per ora esiste solo per Elba Lucca e Pontedera) a tutta l'azienda	I-P45O04b Estendere il progetto della cardiologia pediatrica a tutti i presidi	>	1,00	1,5	11	0,50	-1	-50%	50%			0,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Inviata bozza strutturazione percorso formativo: è stato realizzato in tutta l'azienda?											

4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,5									1,5
---------------------	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

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

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.</i>
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					4,5							3,7	
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018</i>
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	<i>Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale</i>
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>DH diagnostici risultano molto bassi (valutazione positiva MeS indicatore Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: punteggio 2017 4,44. fascia verde scuro)</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,5							1,5	
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>Azioni realizzate</i>
4 - Ob Az: FARMACEUTICA OSP.					1,5							1,5	
P36O01a	Definizione di una procedura per la gestione dell'appropriatezza dei dispositivi medici impiantabili attivi	i-P36O01a Elaborazione di una procedura entro il 31/03/2017	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	<i>pervenuto documento, l'obiettivo si considera raggiunto</i>
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,2	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,2	
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	<i>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)</i>

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
													Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati	

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_16L5

CARDIOLOGIA 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_44 **NEUROLOGIA VERSILIA**

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,1

3,2

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1080.1.8	>	60,55	90,00	3,7	12	78,75	-11	-12%	62%		2,3	M	
		Percentuale di prime visite specialistiche neurologiche erogate entro i tempi massimi previsti (DGRT 1080/2016)													
		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	0,5	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													
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	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													
		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:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,1

19,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	1,9	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,7
		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	0,5	12	8,57	1	17%	30%	3	*	0,1
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa												
		Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
		C8b.2_prod	<	0,31	0,31	0,5	12	0,34	0	10%	0%	*	0,0	
		% ricoveri oltre 30 gg												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	63,92	67,10	0,5	12	63,19	-4	-6%	30%	3 *	0,1		
				Fonte obt: mes - val obt: 70,9 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
						obiettivo ospedale (DGRT) <=> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)									
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<			2,8	12				100%	vr 4 *	2,8		
				Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:		l'obiettivo era riferito al tasso/popolazione residente; ATNO ha raggiunto l'obiettivo (1,62 VS 1,9) quindi se mantenuto numero assoluto, obiettivo raggiunto-> 1 caso 2016 vs 2 casi 2017-> sostanzialmente invariati									
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,76	1,61	2,8	12	2,48	1	54%	100%		*	2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura									
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	46,00	46,00	2,8	12	42,00	-4	-9%	100%		*	2,8	
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										M	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			3,7	12				100%	vr 2 *	3,7		
				Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - 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									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *			
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
						non attinente									
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	-0,61	-0,61	2,8	12	1,03	2	-269%	20%	2 *	0,6		
				Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	0,9							*		
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%	5 *	0,9		
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								M	
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%		*	0,5	
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cio	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	0,9	12	11,20	8	273%	100%	5 *	0,9		
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								M	

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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	0,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,9	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO										cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	3,7	12	2,38	-1	-21%	79%	*	2,9
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	1,9	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1.9
		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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
----------------------------	-----	---	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	0,9	12	713,00	-82	-10%	100%		0*	0,9	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS									

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	121.519,85	121.519,85	15,0	12	170.979,13	49.459	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

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

* = 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	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	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>													
RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	
		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:										
<p><i>Prospetto di sintesi sul livello di attuazione</i></p>													
<p><i>la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate</i></p>													
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:										
<p><i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i></p>													
		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:										
<p><i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i></p>													
		RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	1,7	12	50,30	-40	-44%	56%		0,9	
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:										
		RT1.1	> %	1,00	1,7	12	0,20	-1	-80%	20%		0,3	
		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	>	244,66	269,12	1,7	262,00	-7	-3%	71%		1,2	M
		9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:										
RT_3STR A_9SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1	>	1,00	1,7	11							
		1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&Feasibility- 60% dei nuovi studi)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
<p><i>non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T</i></p>													
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2	>	1,00	5,0	11							
		Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:										
<p><i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i></p>													

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione 2017

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	1,7	11							*			
non pervenuti ancora i risultati regionali																
4 - Ob Az:					3,3											3,3
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	3,3	12	1,00	0	0%	100%			*	3,3		
Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018																
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12							*			
obiettivo assegnato solo al Dip medico																
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,7											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	1,7	12	1,00	0	0%	100%			*	1,7		
Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.																
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,3											2,5
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1b Trasformare UTIC e Stroke Unit in una subintensiva multispecialistica	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%			*	1,7		
Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018																
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%			*	0,8		
Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale																
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,7											1,7
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	>	N.	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7		
Azioni realizzate																
4 - Ob Az: NEUROLOGIA					5,0											4,2
P44O01	Definire PDTA condiviso con AOU per la terapia con le immunoglobuline endovena	i-P44O01b Applicazione PTDA già definito	>	1,00	1,7	11	0,50	-1	-50%	50%			*	0,8		
In attesa evidenze sul grado di applicazione del documento																

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

P44002	Definire e applicare PDTA condiviso sulle competenze specifiche delle diverse strutture di Neurologia dell'Azienda al fine di tracciare gli appropriati percorsi degli utenti in caso di patologie specifiche complesse	i-P44O02b Applicazione documento definito	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Definito e applicato								

P44005	Percorso Ictus, omogeneizzazione gestione della fibrinolisi: Sviluppare ed attuare un piano volto ad allineare il P.O. di Pontedera al modello, comune agli altri PPOO aziendali, che contempla, all'interno del PS, la valutazione clinica e la decisione ter	i-P44O05b Applicazione linee guida definite (entro marzo)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il dipartimento dichiara di avere raggiunto l'obiettivo								

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	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_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	3,0	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	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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0
		verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		verbalizzati pervenuti al CdG H al 2018-10-15 (compreso invio SP del 2018-10-31); nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget								

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

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_44

NEUROLOGIA 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_52 PNEUMOLOGIA VERSILIA

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,7

1,0

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:											cts
		B8.4.1	> %.	99,38	0,5	12	99,46	1	1%	100%	*	0,5	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSa)	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											cts
		B8.4.11	> N.	97,36	0,5						*			
		Qualità del flusso informativo SDO	Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12	> %.	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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

29,2

24,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	2,1	12	123,44	3	3%	40%	4	*	0,8	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:											
		C5.1e	< N.	8,01	0,5	12	8,57	1	17%	30%	3	*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	Fonte obt: mes - val obt: 7,31 - fonte verifica:											
		C8b.2_prod	<	0,00	0,5	12	0,00	0	#Error	100%	*	0,5		
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	71,98	0,5	12	70,77	0	0%	30%	3	*	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	Fonte obt: mes - val obt: 77,8 - fonte verifica:											

obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	61,03	57,90	0,5	12	59,73	2	3%	100%	3 *	0,5	
				Fonte obt: mes - val obt: 68,4 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	54,53	58,80	0,5	12	53,44	-5	-9%	0%	1 *	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 69,2 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	60,08	56,70	0,5	12	59,55	3	5%	100%	2 *	0,5	
				Fonte obt: mes - val obt: 65,3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								
		obiettivo ospedale (DGRT) <> da territorio(decreto)->allineato a territorio //valore consuntivo di zona VS valore verifica ATNO->messo valore di zona (già presente x territorio)												
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	0,00	1,92	3,1	12	0,00	-2	-100%	100%	4 *	3,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:										
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,76	1,61	3,1	12	2,48	1	54%	100%	*	3,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 1,61 - fonte verifica:		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura								
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	39,00	39,00	3,1	12	16,00	-23	-59%	100%	*	3,1	M
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			2,1	12				100%	vr 2 *	2,1	
				Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - 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												
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.			0,0	12					2 *		
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO								
		non attinente												
C2a	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	3,05	3,05	3,1	12	1,91	-1	-37%	100%	2 *	3,1	M
				Fonte obt: mantenimento - val obt: mantenimento - fonte verifica:										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61	3,00	1,0						*		
				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:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO								

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	80,00	0	0%	100%	*	0,5	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	0,5	12	98,00	23	31%	100%	5*	0,5	cio
														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,0	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,0	M cio
														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,1	12	2,38	-1	-21%	79%	*	3,3	

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	1,0	
	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	1,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,0	M cio
														cts

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA 1,0 1,0

F21	Igiene e Sanità Pubblica	F21.6 % esami culturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	> %		85,00	1,0	12	100,00	15	18%	100%	*	1,0	

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 13,8

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

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 1.45 vs MPond strutt: 0.41)

22,7

7,0

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

RT_3STR A_3STAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,8	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)	>	0,50	0,55	1,8	12	4,00	3	631%	100%	*	1,8	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:												
RT_3STR A_3SPE	STRATEGIE REGIONALI - Sperimentazioni cliniche	RT_3STRA_9SPE_1 1)Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 studi) -2)Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO- CRM&Feasibility-60% dei nuovi studi)	>	1,00	1,8	11					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali; immacolato rendicontato a CDG_T												
RT_4QUA INF	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	1,8	11					*				
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az:					5,5								5,5		
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	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018												
AZ07.61	Appropriatezza dei trasporti interni	i-AZ07.61 Applicazione delle procedure definite, al fine della riduzione dei costi	>	1,00	0,0	12					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: obiettivo assegnato solo al Dip medico												
AZ07.62	distribuzione diretta	i-AZ07.62 Estensione della distribuzione diretta per i farmaci ATC RZO3 ed RZO3K (farmaci inalatori)	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8			
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: Progetto See& teach attivato a Livorno												
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					0,0										
P45O04	SCOMPENSO CARDIACO CRONICO: estensione del modello in atto presso la ex-ASL 1 (Centrali della Cronicità, Day Service dedicato)	I-P45O04 da definire	> si/no	1,00	0,0	12					*				
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
4 - Ob Az: D.M.P.O.					1,8								1,8		

AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Gli orari degli sportelli sono stati ampliati.						
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					3,7	2,8						
P13O01b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Pur esistendo in alcune realtà diversi PACC, non è stato condiviso un modello organizzativo aziendale						
		i-P13O01b1 riduzione dei DH	>	0,00	0,00	12	0,00	0	#Error e	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
4 - Ob Az: FARMACEUTICA					1,8	1,8						
P36O08	Migliorare l'appropriatezza e l'efficienza di utilizzo dei farmaci	i-P36O08a Formalizzare almeno 3/5 azioni da condividere con dipartimento oncologico e medico	> N.	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Azioni realizzate						
4 - Ob Az: NEFROLOGIA					0,0							
AZ07.63	service dialisi	i-AZ07.63 CHIEDERE A BIGAZZI. NOI ABBIAMO SCRITTO UN APPUNTO "ATTIVAZIONE DEI SERVICE DELLA DIALISI"	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					3,7	3,7						
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia						
P15O03	Contenimento dei tempi d'attesa nelle rete specialistica pneumologica: individuazione dei poli per patologie specifiche	i-P15O03b verifica rispetto rete - Massa patologie sonno correlate; Viareggio: procedure broncoscopiche di particolare impegno; Livorno: patologie polmonari di competenza chirurgica; Lucca: gestione di pazienti con particolare compromissione della ventilaz	>	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incremento prestazioni da altre zone azienda: Pneumologia Massa Carrara incremento polisinnografia del 18% . Pneumopatia Livorno poi di competenza chirurgica 25% .NIV 25%						
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	13,2						
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0	13,2						
2017_O1	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				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_O1b	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
				Fonte obt: GRC - val obt: >=90% - 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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5		
		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_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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5		
		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)													
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	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													

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_52

PNEUMOLOGIA 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

202H 016

U.O.S. CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA (112)

1 - Obiettivi MeS

10,0

8,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

0,6

B8	Gestione Dati	B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	0.6								*	
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

7,0

5,6

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:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		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		
					Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:													
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		*	0,6		cio cts		
					Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:													
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	98,00	23	31%	100%	5	*	0,6		cio cts		
					Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	2,66	3,00	1,2	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,2	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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,2	M	cio cts		
					Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,2	12	2,38	-1	-21%	79%		*	0,9				
					Fonte obt: mes - val obt: Indicatori da definire da parte del settore regionale competente - fonte verifica:		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia											

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,3

2,3

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	1,2	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,2
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale							

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	15,0	11						3*			cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:		DA DEF									cts
<hr/>														
		Euro01a	> %.	0,0	12							*		cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0		cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.6	>		0,0	12					*			
		Angioplastica coronarica percutanea												
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_9	>	90,00	3,0	12	100,00	10	11%	100%	*	3,0		
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)												

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

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	3,0	12	0,92	0	-8%	92%		*	2,8		
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica: dato cardiologia versilia												
			RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	423,17	465,49	3,0	12	455,00	-10	-2%	75%		*	2,3
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica: dato cardiologia versilia												
RT_4QUA 1ES	QUALITA' DELLE CURE - Esiti	RT_4QUA_1ES_2 Governo delle reti cliniche: mantenere o ridurre il rischio di morte (vedi allegato 4)	>	1,00	9,0	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	3,0	11						*			
			Fonte obt: decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica: non pervenuti ancora i risultati regionali												
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					6,0									5,2	
AZ07.60	Appropriatezza nell'uso dei dispositivi di cardiologia	i-AZ07.60 elettrofisiologia ed emodinamica -> obiettivo da definire con Bigazzi	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		*	3,0		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: documento inviato												
P45002	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogenizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	i-P45002b Attuazione ed applicazione del documento prodotto	>	1,00	3,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	2,2		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il documento è stato elaborato, non emerge chiaramente il livello di applicazione												
4 - Ob Az: PNE					6,0									3,6	
PNE1	PNE - cardiovascolare - IMA totale	i-PNE1 proporzione di infarti miocardici acuti (ima) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giorni	>	1,00	0,0	12						*			
			Fonte obt: PNE - val obt: 43,35 - fonte verifica: Nel PO sono ricoverati solo pazienti non urgenti che possono fare la PTCA anche oltre 2 gg												
PNE2		i-PNE2 mortalità a trenta giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto (ima) con esecuzione di angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca) entro 2 giornitransluminale (ptca) entro 2 giorni	<	1,00	0,0	12						*			
			Fonte obt: PNE - val obt: 4,5 - fonte verifica: dato non disponibile su pne 2017												
PNE3		i-PNE3 mortalità a trenta giorni dal ricovero per infarto miocardico acuto (ima) senza esecuzione di angioplastica coronarica percutanea transluminale (ptca)	<	8,39	16,93	3,0	12	11,14	-6	-34%	100%		*	3,0	
			Fonte obt: PNE - val obt: 16,93 - fonte verifica:												

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

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

Valutazione 2017

[illegible]

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

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

DIPARTIMENTO SPECIALITA' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

AZ07.112	efficienza bidirezionale del network	i-AZ07.112b definizione del protocollo di gestione dei trasferimenti secondari	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:				VEDI CATRELLA EMODINAMICA					
AZ07.113	Gestione dei trattamenti in emergenza	i-AZ07.113 Definizione dei protocolli di gestione delle urgenze coronariche e vascolari	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:				VEDI CATRELLA EMODINAMICA					
AZ07.114	Mantenimento della clinical competence di tutti gli Attori della Rete	i-AZ07.114 Sviluppo di almeno un progetto formativo volto alla integrazione dei vari attori coinvolti nella rete-IMA ed alla diffusione e condivisione dei protocolli di trattamento e di quanto previsto dalle LG internazionali	>	1,00	0,0	12					*	
			Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:				VEDI CATRELLA EMODINAMICA					
AZ07.115	Garantire la disponibilità assoluta di posti letto nella Cardiologia UTIC dotata di emodinamica	i-AZ07.115 % di pazienti trasferiti in UTIC di altri presidi	>	1,00	0,0	12					*	
			Fonte obt: - val obt: da definire - fonte verifica:				VEDI CATRELLA EMODINAMICA					
AZ07.116	Garantire l'accesso assoluto alla sala di Emodinamica	i-AZ07.116 Predisposizione di un documento di definizione della rete di Emodinamiche (intra e/o interaziendale), che consenta rapida individuazione di percorso di rete alternativo in caso di indisponibilità dell'Emodinamica di riferimento	>	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
			Fonte obt: - val obt: entro 30/9 - fonte verifica:				VEDI CATRELLA EMODINAMICA					

5 - Obiettivi QUALITA'

					15,0							13,2
					15,0							13,2
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 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
			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' MEDICHE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,5	11	0,00	-3	-100%	30%	3 *	0,7	cio cts	
			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12							- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget				
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	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											

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

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

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

202H_016

**U.O.S. CARDIOLOGIA
INTERVENTISTICA (112)**

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)