

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

DRO

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Responsabile: Grazia Luchini

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".*

DRO

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Responsabile:

Macrostruttura

DRO DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,3

3,2

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	> %.	0,8 - mes	80,00	0,5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
----	-----------	--------	-------------------------------------------	------	-----------	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														21,7	18,2
C	Valutazione sanitaria	C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	<	2,04	1,92	0,5	12	1,62	0	-16%	100%	4*	0,5	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO regionale															
		C16.9 % ricoveri da Pronto Soccorso	< %	11,96	1,00	1,2	12	11,73	11	1073%	2%	*	0,0	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte RFC 106 Pronto Soccorso															
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.			0,5	12				100%	vr 4*	0,5		
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO															
a fine 2017 sovraffollamento per influenza															
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,77	0,77	1,2	12	0,79	0	3%	0%	*	0,0		
mantenimento - azienda															
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>			0,0	12					3*			
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO															
doppione del DM70.1															
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>	40,10	0,00	1,2	12	20,15	20	#Error	100%	3*	1,2		
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO															
C14	Appropriatezza medica	C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	2,50	1,61	0,5	12	2,51	1	56%	100%	*	0,5	M	
preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura															
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	8.764,00	8.764,00	0,5	12	8.661,00	-103	-1%	100%	*	0,5	M	
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %			1,4	12				100%	vr 0*	1,4	cio	
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															
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %			1,4	12				100%	vr 0*	1,4	cio	
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															
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %			1,4	12				100%	vr 1*	1,4	cio cts	
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															
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %			0,5	12				100%	vr 2*	0,5	cio cts	
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															

* = 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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.		0,5	12					100%	vr	3 *	0,5	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	73,91 - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
															per problemi di sovraffollamento, le dir po indicano di ricoverare in area chirurgica anche patologia di tipo medico
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,13	1,4	12	-0,07				100%		2 *	1,4	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	mantenimento - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C2a.M	< N.	0,34	2,3	12	0,29				100%		2 *	2,3	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	mantenimento - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	89,87	93,06	0,5	12	85,73	-7	-8%	30%		3 *	0,1	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	93,06 - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	81,22	80,10	2,3	12	83,35	3	4%	100%		4 *	2,3	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	80,1 - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	71,21	70,00	0,0	12								
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>=70 - mes												annullare, con i dati a disposizione non è possibile calcolarlo
		C6.2.1	> %.	2,61	3,00	0,9									
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3 - mes												
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	0,9	12	7,47	-1	-7%	100%		5 *	0,9	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	8 - azienda												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	80,00	0	0%	100%			1,1	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 - mes												
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,1	12	98,00	23	31%	100%		5 *	1,1	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>=75 - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%		5 *	0,5	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%		5 *	0,5	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 - mes												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

2,3

1,3

* = 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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	0,03	0,03	2,3	12	0,03	0	17%	57%	2 *	1,3	M
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	2,7 - mes											

dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO, fonte RFC 106 Pronto Soccorso

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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	0,55 - mes											

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

	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12					*		
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)												

annullato, si veda email SDGrande del 10/10

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

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

		E3	< %.	796,00	795,00	2,3	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,3	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente											

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	3.551.539,24	3.551.539,24	10,0	12	2.419.735,88	-1.131.803	-32%	100%	3 *	10,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	mantenimento - az											

cio
cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

3STRA 1 0ICT 1b	Piano ICT	RT_3STRA_10ICT_1b	>		1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
		rispetto cronoprogramma implementazione C7	-											

PROGETTUALITA DIP

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.1	>		1,00	1,3	12	0,45	-1	-55%	45%	*	0,6	
		Interventi chirurgici per Ca mammella	150 - DM70											

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->45,45%

		DM70.10	>			1,3	12				100%	vr	1,3	
		esofago	10 esofagectomie per struttura org.tiva - DM70											

non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->81,82%

al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.11 GIST	>	10 diagnosi - DM70	1,3	12					100%	vr		1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->72,7%% al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	100 - DM70	1,00	1,3	12	0,85	0	-15%	85%		*	1,1	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->63,63% soglia considerata raggiunta per cecina e castelnuovo
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	75 - DM70	1,00	1,3	12	0,69	0	-31%	69%		*	0,9	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->92,85%
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - DM70	1,00	1,3	12	0,62	0	-38%	61%		*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->57,14%
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	200 - DM70	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>	250 (di cui 30% primarie); Proporzioni di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta -> min 60% - DM70	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->18,18% quelli sotto soglia, fatti inservice in altri ospedali
		DM70.7 Maternità'	>	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - DM70	1,3	12					90%	vr	*	1,2	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo al dipartimento perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli strutture del dipartimento ->50%; ; per p.to nascita di barga, piombino e elba c'è deroga considerato l'andamento generale dei parti e le condizioni di alcuni punti nascita
		DM70.8 PANCREAS	>	30 e 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - DM70	1,3	12					100%	vr	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->72,72% al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
		DM70.9 surrene	>	10 nuove diagnosi all'anno per struttura;10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - DM70	1,3	12					100%	vr	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->63,63% al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	-	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		*	1,3	

RT_3STR A_2RETI	STRATEGIE REGIONALI - Piani delle reti cliniche	RT_3STRA_2RETI_1	>	1,00	1,3		0,75	0	-25%	75%		1,0
		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								
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7	>	1,00	1,3	12	0,64	0	-36%	64%		0,9
		7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	-	verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.*								
				escluso C10.4.2 non di valutazione su bersaglio								
		RT_3STRA_3TAT_9	>		0,0	12						
		9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	0,9 - RT	non attinente								
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1	>	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		1,3
		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	-									
RT_4QUA A_1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1	>	1,00	1,3	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	-	non pervenuti ancora i risultati regionali								
4 - Ob Az:					4,0							4,0
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1	>	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		1,3
		Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	-	Assetto definito								
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_1	>	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		1,3
		Completamento del modello organizzativo per Intensità di cura	-	Portate a completamento e avviate. A Livorno l'organizzazione è stata progettata nel 2017 e avviata nel 2018								
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3
		attivazione	-	vedi dip MI								
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c	>	1,00	0,0	12	0,64	0	-36%	64%		0,0
		numero pazienti operati / numero interventi con GOM	1 - AZ	Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32								
4 - Ob Az: D.M.P.O					1,3							1,3
AZ_OSP	Efficienza organizzativa	AZ_OSP_2b	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3
		Omogeneizzazione dei modelli della pronta disponibilità nei PP.OO.	N.	PROGETTUALITA DIP								

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

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

4 - Ob Az: D.M.P.O.					9,3								7,0
AZ07.30	revisione modello organizzativo OBI	i-AZ07.30 rivedere la riorganizzazione degli OBI nei piccoli ospedali, dove non si superano i 20.000 accessi	> -	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,7
PROGETTUALITÀ DIP													
AZ07.31	revisione modello organizzativo nei grandi ospedali	i-AZ07.31 riunione con direzione per presentazione progetto di implementazione del modello della discharge room (entro 30 aprile)	> -		1,3	12				75%	vr	*	1,0
PROGETTUALITÀ DIP													
la discharge room è stata superata con linee guida per la gestione del sovraffollamento													
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	> -	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		*	1,3
Ampliati orari sportelli punti farmacia e allineati orari													
AZ07.32b		i-AZ07.32b Spostamento al S Luca del punto di distribuzione diretta	> -	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0
PROGETTUALITÀ DI													
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	> -	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3
PROGETTUALITÀ DIP													
AZ07.34	efficace utilizzo dei servizi del project financing	i-AZ07.34 Miglioramento dell'utilizzo dei quantitativi minimi da garantire (annullamento percentuali di inutilizzo)	> -	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0
AZ07.34b		i-AZ07.34b Proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo dei minimi	> -	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0
PROGETTUALITÀ DI													
AZ07.35	Dotazione ottimale posti letto	i-AZ07.35 Presentazione proposta	> -	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3
PROGETTUALITÀ DIP													
RT_4QUA 1ES_1b	Esiti - Gestione delle criticità	i-RT_4QUA_1ES_1b assicurare lo svolgimento degli audit sugli esiti critici	> -	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3
PROGETTUALITÀ DIP													
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,3								0,7
P13001b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	> -	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,7
PROGETTUALITÀ DIP													
4 - OB AZ: ENERGY MANAGMENT					1,3								1,3
P60002	Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali	i-P60002 Elaborazione bozza entro il ____	> si/no -	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		*	1,3
stesura capitolato di gara													
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								12,2
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								12,2

* = 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 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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2	
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N. -	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2	
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualità	> N. -	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	3,2	
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. -	1,00	2,8						3	
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 - nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget												
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % -	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)												

cio
ctscio
cts

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

DRO

**DIREZIONE RETE
OSPEDALIERA**

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)

DROA

DIREZIONE DI PRESIDIO APUANE-PONTREMOLI-FIVIZZANO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDP2166 DIREZIONE SANITARIA P.O. APUANE (101)

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,4

3,4

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	33,33	60,90	0,5	12	76,92	16	26%	100%	5*	0,5	M	cts
Percentuali morti encefaliche individuate															
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane															
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	80,00	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: 80% - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,2	12	99,46	1	1%	100%	*	1,2	M	cio
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)															
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11	> N.	97,36	95,00	0,5						*			cts
Qualità del flusso informativo SDO															
Fonte obt: mes - val obt: 95% - fonte verifica:															
		B8.4.12	> %.	36,33	90,00	0,5						*			
Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi															
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5						*			cio
Qualità del flusso informativo SPA															
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a	>	0,37	0,80	0,2	12	0,49	0	-39%	58%	3*	0,1	M	
Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato															
Fonte obt: - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b	> N.	0,93	0,95	0,2	12	0,95	0	0%	100%	*	0,2	M	cio
Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato															
Fonte obt: - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3															
		B8.4.7	> N.	91,66	90,00	0,5		98,00	8	9%	100%	*	0,5	M	cio
Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)															
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica: dato infoview regionale, monitoraggio air. 50 aprile 2018															

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

B8	Gestione Dati	B8.8.2	> %	98,71	90,00	0,5	12	100,00	10	11%	100%	*	0,5	M
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)												

Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						23,7									19,4
----------------------------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

C	Valutazione sanitaria	C16.9	< %	10,24	10,75	1,2	12	10,66	0	-1%	100%	-1*	1,2	
		% ricoveri da Pronto Soccorso												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.			0,5	12				100%	vr 4*	0,5	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti												
		Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
		a fine 2017 sovrappollamento per influenza->bonus 25%												
		C8b.2_prod	<	1,03	1,03	1,2	12	0,94	0	-9%	100%	*	1,2	M
		% ricoveri oltre 30 gg												
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	>	100,00	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,2	
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												
		C10.1.4	>	40,10	0,00	1,2	12	20,15	20	#Error e	100%	3*	1,2	
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	1,28	1,92	0,5	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,5	M
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica												
		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	2,08	1,61	0,5	12	2,34	1	45%	100%	*	0,5	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)												
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura												
		C4.9ass	<	1.058,00	1.058,00	0,5	12	986,00	-72	-7%	100%	*	0,5	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %			1,4	12				100%	vr 0*	1,4	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti												
		Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ospedale delle Apuane, fonte RFC 106												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
		C16.2	> %			1,4	12				100%	vr 2*	1,4	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora												
		Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
		C16.3	> %	79,60	85,05	1,4	12	86,33	1	2%	100%	3*	1,4	M cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h												
		Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane												

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	%	79,60	94,33	0,5	12	97,45	3	3%	100%	4	*	0,5	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: Ospedale delle Apuane									cts		
			C16.7	>	%.		0,5	12				100%	vr	3	*	0,5		
			% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
			per problemi di sovraccollamento, le dir po indicano di ricoverare in area chirurgica anche patologia di tipo medico															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	<	N.	-0,42	-0,42	1,4	12	-0,14	0	-67%	20%	2	*	0,3	cio		
			Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									cts		
			C2a.M	<	N.	0,22	0,22	2,4	12	0,30	0	35%	20%	2	*	0,5	cio	
			Indice di performance degenza media - DRG Medici		Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									cts		
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	>	%.	82,45	93,06	0,5	12	82,78	-10	-11%	33%	3	*	0,2	M		
			Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane											
C5a	Qualità di processo	C5.2	>	%.	81,41	80,10	2,4	12	85,08	5	6%	100%	4	*	2,4	M	cio	
			% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane									cts		
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	>	N.	71,21	70,00	0,0	12						*				
			Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri		Fonte obt: mes - val obt: >=70 - fonte verifica:		annullare, con i dati a disposizione non è possibile calcolarlo											
			C6.2.1	>	%.	2,61	0,9							*			cio	
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: mes - val obt: media strutture presidio=3 - fonte verifica:											cts		
			C6.2.2	>	N.	5,99	6,00	0,9	12	7,47	1	25%	100%	5	*	0,9	M	cio
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		Fonte obt: azienda - val obt: media strutture presidio=8 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts		
			inserito obiettivo che mancava															
			C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	1,2	12	80,00	0	0%	100%		*	1,2	cio	
			Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:											cts		
			C6.5.6	>	N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5	*	1,2	cio	
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									cts		

* = 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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	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	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	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.	0,0	12							*	
		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								

non possono incidere. Togliere

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA												2,4	2,1
--------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	0,04	0,03	2,4	12	0,03	0	13%	87%	2 *	2,1	M
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso			Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale delle Apuane							

riccolato a livello di direzione di presidio

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA												3,6	3,6
--------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------

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							*	
		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							

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												10,0	10,0
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	-------------

2 - Obiettivi ECONOMICI												10,0	10,0
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	-------------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	652.277,89	652.277,89	10,0	12	499.397,76	-152.880	-23%	100%	3*	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:									cts	

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI												40,0	34,3
-----------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI												23,7	19,3
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	-------------

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

3STRA 1 0ICT_1b	Piano ICT	RT_3STRA_10ICT_1b rispetto cronoprogramma implementazione C7	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	PROOGETTUALITA DIP
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.1 Interventi chirurgici per Ca mammella	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50% (1 caso a pontremoli)
		DM70.10 esofago	>		1,5	12				100%	vr *	1,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50% al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
		DM70.11 GIST	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,1	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	1,5	12	0,67	0	-33%	67%	*	1,0	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,5	12	0,33	-1	-67%	33%	*	0,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->33,33%
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>		0,0	12					*		non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% (1 caso a Fivizzano e 154 casi a Massa) fatto in service a fondazione monasterio. Togliere!
		DM70.7 Maternita'	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,5	12					100%	vr	*	1,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%														
		DM70.9 surrene	>	1,5	12					100%	vr	*	1,5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%
al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%														
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	PROGETTUALITA DIP
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
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	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
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_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV,finanziati da DGRT	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7	vedi email maranto del 25/10
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7 7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	>	1,00	1,5	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,1	verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.*
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:														
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	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	PROGETTUALITA DIP
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	1,5	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali
Fonte obt: Decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:														

4 - Ob Az:

4,4

3,9

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

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			ESCLUSIVO DA PROGETTUALITA DIP					
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP					
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,5	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,9
				Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:			Sul Versilia i GOM nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32					
4 - Ob Az: D.M.P.O.					8,9							8,9
AZ07.31	revisione modello organizzativo nei grandi ospedali	i-AZ07.31 riunione con direzione per presentazione progetto di implementazione del modello della discharge room (entro 30 aprile)	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP					
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
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI					
AZ07.32b		i-AZ07.32b Spostamento al S Luca del punto di distribuzione diretta	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI					
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP					
AZ07.34	efficace utilizzo dei servizi del project financing	i-AZ07.34 Miglioramento dell'utilizzo dei quantitativi minimi da garantire (annullamento percentuali di inutilizzo)	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
AZ07.34b		i-AZ07.34b Proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo dei minimi	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI					
RT_4QUA 1ES_1b	Esiti - Gestione delle criticità	i-RT_4QUA_1ES_1b assicurare lo svolgimento degli audit sugli esiti critici	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP					
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,5							0,7
P13001b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:								
4 - OB AZ: ENERGY MANAGMENT					1,5							1,5

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

P60O02	Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali	i-P60O02	> si/no	1,00	1,5		1,00	0	0%	100%		1,5
		Elaborazione bozza entro il ____	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

stesura capitolato di gara

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

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

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	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8
------	-------------------------------------------------------	-----	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

inviati verbali

cio
cts

		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

cio
cts

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1FDP 2166	DIREZIONE SANITARIA P.O. APUANE (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)

DROE

DIREZIONE DI PRESIDIO CECINA-PIOMBINO- PORTOFERRAIO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106_HC01DP
0

DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA (106)

1 - Obiettivi MeS

35.0

28,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,6

3,6

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	>	%.	57,58	60,90	0,5	12	67,61	7	11%	100%	3*	0,5	M	cto
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Programma Qualit? Donazione Organi e Tessuti OTT																	
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	80,00	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%		0,4		cto
Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	1,2	12	99,46	1	1%	100%		1,2	M	cto
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale																	
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	97,36	95,00	0,5									cto
Fonte obt: mes - val obt: 95% - fonte verifica:																	
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	>	%.	36,33	90,00	0,5									cto
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	0,5									cto
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:																	
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>			0,80	0,2	12	0,61	0	-24%	100%	3*	0,2		cto
Fonte obt: - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)																	
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.		0,95	0,2	12	0,97	0	2%	100%		0,2		cto
Fonte obt: - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_-_Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato																	

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

B8	Gestione Dati	B8.4.7 Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	91,66	90,00	0,5		98,00	8	9%	100%		0,5	M	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica: dato infview regionale, monitoraggio alr. 50 aprile 2018													
		B8.8.2 Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	> %	98,71	90,00	0,5	12	100,00	10	11%	100%		0,5	M	
		Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi													
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						23,3									20,2
C	Valutazione sanitaria	C16.9 % ricoveri da Pronto Soccorso	< %	9,84	10,33	1,2	12	9,53	-1	-8%	100%	-1	1,2	M	
		Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)													
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.			0,5	12				65%	vr	4	0,3	
		Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO a fine 2017 sovrappollamento per influenza													
		C8b.2_prod % ricoveri oltre 30 gg	<	0,43	0,43	1,2	12	0,33	0	-23%	100%		1,2	M	
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3 % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	>			0,0	12						0		
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)													
		doppione del DM70.1													
		C10.1.4 Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella	>	40,10	0,00	1,2	12	145,00	145	#Error e	100%	0	1,2	M	
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)													
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	<	9,38	1,92	0,5	12	1,45	0	-24%	100%	3	0,5	M	
		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:													
		C14.4_dip % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	>	1,93	1,61	0,5	12	1,98	0	23%	100%		0,5	M	
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura													
		C4.9ass DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	<	568,00	568,00	0,5	12	559,00	-9	-2%	100%		0,5	M	
		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %			1,5	12				100%	vr	0	1,5	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Civile Cecina (LI), fonte RFC 106													
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %			1,5	12				100%	vr	0	1,5	cio
		Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - 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													

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.							100%	vr	1	1,5	
Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - 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														
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %							100%	vr	1	0,5	
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														
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	67,24	73,91					100%		4	0,5	M
Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,14	-0,14					100%		3	1,5	M
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.							33%	vr	2	0,8	
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)														
ridotti i ricoveri med < 2gg dal 8,3 al 7,9														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,67	93,06					40%		4	0,2	
Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)														
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	86,67	80,10					100%		5	2,5	M
Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)														
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	71,21	70,00									
Fonte obt: mes - val obt: >=70 - fonte verifica: annullare, con i dati a disposizione non è possibile calcolarlo														
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61										
Fonte obt: mes - val obt: media strutture presidio=3 - fonte verifica:														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	6,00					100%		5	1,0	M
Fonte obt: azienda - val obt: media strutture presidio=8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
inserito obiettivo che mancava														
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00					100%			1,2	
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:														

martedì 12 marzo 2019

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5*	1,2	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	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.			0,0	12					*		
		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									

non possono incidere. Togliere

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

<u>D</u>	<u>Abbandoni dal Pronto Soccorso</u>	D9a	< %	0,04	0,03	2,4	12	0,04	0	30%	41%	2 *	1,0	M
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €	5.963,55	5.963,55	10,0	12	2.936,95	-3.027	-51%	100%	3*	10,0	M cio
			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:											cts

selezionati esclusivamente i centri di costo della DMPO (come riorganizzazione dell'ottica fatta nel 2018)

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

40,0

34,3

3 - Obiettivi REGIONALI

24,3

20,6

<u>3STRA_1</u> 0ICT_1b	<u>Piano ICT</u>	RT_3STRA_10ICT_1b rispetto cronoprogramma implementazione C7	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	PROGETTUALITA DIP
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
<u>DM70</u>	<u>Rispetto delle soglie volumi da DM 70</u>	DM70.1 Interventi chirurgici per Ca mammella	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	fatti 5 interventi a cecina, 7 a piombino e 4 all'elba nei primi mesi dell'anno, pre indicazioni di budget
Fonte obt: DM70 - val obt: 150 - fonte verifica:													
		DM70.10 esofago	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	nessun intervento
Fonte obt: DM70 - val obt: 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:													
		DM70.11 GIST	>		1,7	12				83%	vr	1,4	nessun intervento a piombino e elba; un intervento a cecina ->raggiunti 2/3
Fonte obt: DM70 - val obt: 10 diagnosi - fonte verifica:													
al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%													
		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1,7	12	0,66	0	-34%	66%	*	1,1	96 a cecina; 172 a piombino e 38 all'elba ->raggiunti 1/3
Fonte obt: DM70 - val obt: 100 - fonte verifica:													
cecina è a quota 96													
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	1,7	12	0,67	0	-33%	67%	*	1,2	187 a cecina; 159 a piombino e 46 all'elba ->raggiunti 2/3
Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:													
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,7	12	0,67	0	-33%	67%	*	1,2	139 CASI
Fonte obt: DM70 - val obt: 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - fonte verifica:													
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	
Fonte obt: DM70 - val obt: 200 - fonte verifica:													
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>		0,0	12					*		83 CASI
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:													
fatti in service a pisa e fondazione Livorno. Togliere!													

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.7 Maternità'	>	0,0	12						*	
			Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica: 590 parti a cecina; deroga per piombino e elba passato da 612 a 591. Considerato che sono attivi i punti nascita Piombino ed Elba, la soglia di 1.000 è irraggiungibile									
		DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
			Fonte obt: DM70 - val obt: 30 e 10 per chirurgo come primo operatore o tutor - fonte verifica: nessun intervento									
		DM70.9 surrene	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
			Fonte obt: DM70 - val obt: 10 nuove diagnosi all'anno per struttura; 10 numero casi trattati expertise laparoscopica per struttura - fonte verifica: nessun intervento									
RT_3STR A 1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITÀ DIP									
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	1,00	0	0%	100%	*	0,9
			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_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV, finanziati da DGRT	>	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: vedi email maranto del 25/10									
RT_3STR A 3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7 7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.* escluso C10.4.2 non di valutazione su bersaglio									
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	0,0	12					*	
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:									
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	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITÀ DIP									

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:					5,2									4,6
AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			ESCLUSIVO DA PROGETTUALITA DIP								
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP								
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,7	12	0,64	0	-36%	64%		*	1,1	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:			Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32								
4 - Ob Az: D.M.P.O.					7,0									6,5
AZ07.31	revisione modello organizzativo nei grandi ospedali	i-AZ07.31 riunione con direzione per presentazione progetto di implementazione del modello della discharge room (entro 30 aprile)	>		1,7	12				75%	vr	*	1,3	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP								
			la discharge room è stata superata con linee guida per la gestione del sovraffollamento											
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI								
AZ07.32b		i-AZ07.32b Spostamento al S Luca del punto di distribuzione diretta	>	1,00	0,0	12						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI								
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP								
AZ07.34	efficace utilizzo dei servizi del project financing	i-AZ07.34 Miglioramento dell'utilizzo dei quantitativi minimi da garantire (annullamento percentuali di inutilizzo)	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI								
AZ07.34b		i-AZ07.34b Proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo dei minimi	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DI								
RT_4QUA_1ES_1b	Esiti - Gestione delle criticità	i-RT_4QUA_1ES_1b assicurare lo svolgimento degli audit sugli esiti critici	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:			PROGETTUALITA DIP								

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

4 - Ob Az: DIP. MEDICO	1,7	0,9
------------------------	-----	-----

P13001b	<u>Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico</u>	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	N.	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

4 - OB AZ: ENERGY MANAGMENT	1,7	1,7
-----------------------------	-----	-----

P60002	<u>Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali</u>	i-P60002 Elaborazione bozza entro il ____	>	si/no	1,00	1,7		1,00	0	0%	100%	*	1,7
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		stesura capitolato di gara									

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

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

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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	>	N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2
		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	2,8	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,8	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										
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		>	%	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	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)										

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

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_HC01
DPO

**DIREZIONE SANITARIA P.O.
CECINA (106)**

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)

DROD

DIREZIONE DI PRESIDIO LIVORNO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106 HL01DPO

U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,4

3,5

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	> %.	57,58	60,90	0,5	12	66,67	6	9%	100%	4	0,5	M
Fonte obt: mes - val obt: 0,8 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	80,00	80,00	0,5	12	61,66	-18	-23%	77%		0,4	
Fonte obt: mes - val obt: 80% - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,2	12	99,46	1	1%	100%		1,2	M
Fonte obt: mes - val obt: 98,5% - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	95,00	0,5								
Fonte obt: mes - val obt: 95% - fonte verifica:															
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33	90,00	0,5								
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5								
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:															
		B8.4.14a	Completezza Percorso Chirurgico: completezza percorso chirurgico informatizzato	>		0,80	0,2	12	0,61	0	-24%	100%	3	0,2	
Fonte obt: - val obt: 0,8 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_- _Valutazione_eventi" Pagina 2-3; Dato non presente nel 2016; aggiunto bonus per ipotetica valutazione mes superiore a 3 (nel 2016, la sud est con una percentuale del 50,53% ebbe 3,06 di valutazione)															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.		0,95	0,2	12	0,97	0	2%	100%		0,2	
Fonte obt: - val obt: 0,95 - fonte verifica: Report Infoview "RFC_165_- _Valutazione_eventi" Pagina 2-3; livorno è partito con ormaweb da luglio 2017; denominatore dimezzato															
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	91,66	90,00	0,5		98,00	8	9%	100%		0,5	M
Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica: dato infoview regionale, monitoraggio air. 50 aprile 2018															

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

B8	Gestione Dati	B8.8.2	> %	98,71	90,00	0,5	12	100,00	10	11%	100%	*	0,5	M
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)												

Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA	23,7	19,8
----------------------------------------------------	-------------	-------------

C	Valutazione sanitaria	C16.9	< %	11,30	11,86	1,2	12	11,62	0	-2%	100%	-1	*	1,2
		% ricoveri da Pronto Soccorso												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno												

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	0,5	12				65%	vr	4	*	0,3	
		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												
		a fine 2017 sovrappollamento per influenza												
		C8b.2_prod	<	0,74	0,74	1,2	12	0,74	0	0%	100%		*	1,2
		% ricoveri oltre 30 gg												
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	>	0,00	100,00	1,2	12	99,56	0	0%	100%	5	*	1,2	M
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella													
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno													
		C10.1.4	>	40,10	0,00	1,2	12	0,65	1	#Error e	100%	5	*	1,2	M
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella													
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno													

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	18,10	1,92	0,5	12	10,12	8	427%	79%	3	*	0,4	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
<hr/>															
		C14.4_dip	>	3,21	1,61	0,5	12	2,56	1	59%	100%		*	0,5	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura												
<hr/>															
		C4.9ass	<	329,00	329,00	0,5	12	421,00	92	28%	0%		*	0,0	
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	1,4	12				100%	vr	0	*	1,4	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti												
		Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Riuniti Livorno, fonteRFC 106												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture												
		C16.2	> %.	1,4	12				100%	vr	0	*	1,4	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora												
		Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - 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												
		C16.3	> %.	1,4	12				100%	vr	1	*	1,4	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h												
		Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - 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												

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	%					0,5	12					100%	vr	0	*	0,5	
Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:																				
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																				
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>	%	50,47	73,91			0,5	12	79,33	5	7%		100%		5	*	0,5	M
Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno																				
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	N.	0,32	0,32			1,4	12	0,19	0	-38%		100%		2	*	1,4	M
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno																				
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	1,03	1,03			2,4	12	0,37	-1	-64%		100%		2	*	2,4	M
Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno																				
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%	88,08	93,06			0,5	12	85,72	-7	-8%		40%		4	*	0,2	
Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno																				
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	>	%	78,21	80,10			2,4	12	71,92	-8	-10%		20%		2	*	0,5	
Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno																				
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>	N.	71,21	70,00			0,0	12								*		
Fonte obt: mes - val obt: >=70 - fonte verifica:																				
annullare, con i dati a disposizione non è possibile calcolarlo																				
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%	2,61				0,9									*		
Fonte obt: mes - val obt: media strutture presidio=3 - fonte verifica:																				
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	5,99	6,00			0,9	12	7,47	1	25%		100%		5	*	0,9	M
Fonte obt: azienda - val obt: media strutture presidio=8 - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																				
inserito obiettivo che mancava																				
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20	80,00			1,2	12	80,00	0	0%		100%			*	1,2	
Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:																				
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00			1,2	12	98,00	23	31%		100%		5	*	1,2	
Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:																				
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																				

martedì 12 marzo 2019

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts

Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.			0,0	12					*			
		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

non possono incidere. Togliere

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						2,4							0,3		
--------------------------------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	------------	--	--

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	0,05	0,03	2,4	12	0,04	0	59%	12%	1*	0,3	M	
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso													

Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Osp. Livorno

riccolato a livello di direzione di presidio

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,6							3,6		
--------------------------------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	------------	--	--

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					*			
		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													cts

Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

		E3	< %	796,00	795,00	2,4	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,4	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts

diminuzione rispetto all'anno precedente

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

2 - Obiettivi ECONOMICI						10,0							10,0		
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--

2 - Obiettivi ECONOMICI						10,0							10,0		
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	342.603,40	342.603,40	10,0	12	305.454,89	-37.149	-11%	100%	3*	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI						40,0							33,0		
-----------------------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--

3 - Obiettivi REGIONALI						26,2							20,8		
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--

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

3STRA_1 0ICT_1b	Piano ICT	RT_3STRA_10ICT_1b rispetto cronoprogramma implementazione C7	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	PROOGETTUALITA DIP
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.1 Interventi chirurgici per Ca mammella	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.10 esofago	>		1.5	12				50%	vr	0.8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
		DM70.11 GIST	>		1.5	12				50%	vr	0.8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
		DM70.2 Colectectomia laparoscopica	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>	1,00	1.5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (469 casi Livorno)
		DM70.7 Maternita'	>		1.5	12				75%	vr	1.2	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% (o casi)
passato da 952 a 958. Sono diminuiti i parti delle residenti livornesi di 17 casi ovunque in toscana													

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,5	12					50%	vr	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0%
		DM70.9 surrene	>	1,5	12					50%	vr	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0%
														al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	PROGETTUALITA DIP
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	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
		RT_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV,finanziati da DGRT	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8	la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate vedi email maranto del 25/10
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7 7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	>	1,00	1,5	12	0,80	0	-20%	80%		*	1,2	verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.*
														escluso C10.4.2 non di valutazione su bersaglio
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	0,0	12						*		
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	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	PROGETTUALITA DIP
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,5	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali

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

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

P60O02	Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali	i-P60O02	> si/no	1,00	1,5		1,00	0	0%	100%		1,5
		Elaborazione bozza entro il ____	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

stesura capitolato di gara

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

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

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	2,8	12	1,00	-2	-67%	63%	3	1,8
------	-------------------------------------------------------	-----	------	------	-----	----	------	----	------	-----	---	-----

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

cio
cts

		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

cio
cts

106_HL01
DPO

**U.O.C. DIREZIONE SANITARIA
P.O. 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)

DROB

DIREZIONE DI PRESIDIO LUCCA-BARGA- CASTELNUOVO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

102 422099

S.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,6

3,5

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	>	%.	100,00	60,90	0,5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
----	-----------	--------	-------------------------------------------	---	----	--------	-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

B8	Gestione Dati	B8.8.2	> %	98,71	90,00	0,5	12	100,00	10	11%	100%	*	0,5	M
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)												

Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						23,3									17,6
----------------------------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

C	Valutazione sanitaria	C16.9	< %	15,23	15,99	1,2	12	13,47	-3	-16%	100%	-1 *	1,2	M
		% ricoveri da Pronto Soccorso												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	0,5	12				100%	vr	4	*	0,5	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
			a fine 2017 sovrappioppamento per influenza											
		C8b.2_prod	<	1,14	1,14	1,2	12	1,19	0	4%	0%		*	0,0
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:											

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	>			0,0	12					5	*	
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												
		doppione del DM70.1												
		C10.1.4	>	40,10	0,00	1,2	12	0,91	1	#Error e	100%	5	*	1,2
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca												

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	1,23	1,92	0,5	12	0,88	-1	-54%	100%	5	*	0,5	M
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
<hr/>															
		C14.4_dip	>	2,10	1,61	0,5	12	2,50	1	55%	100%		*	0,5	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura													
<hr/>															
		C4.9ass	<	370,00	370,00	0,5	12	365,00	-5	-1%	100%		*	0,5	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	1.5	12				100%	vr	0	*	1.5	
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-05-08, livello Presidio Ospedaliero San Luca, fonteRFC 106										
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture										
		C16.2	> %.	1.5	12				100%	vr	0	*	1.5	
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca										
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture										
		C16.3	> %.	1.5	12				100%	vr	0	*	1.5	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca										
				La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture										

* = 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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	42,04	94,33	0,5	12	85,93	-8	-9%	100%	2 *	0,5	M	cio
					Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:										cts
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %	42,04	73,91	0,5	12	69,46	-4	-6%	100%	3 *	0,5	M	
					Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.			1,5	12				33%	vr 1 *	0,5		cio
					Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,53	0,53	2,4	12	0,75	0	40%	0%	1 *	0,0		cio
					Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:										cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %	90,55	93,06	0,5	12	91,88	-1	-1%	93%	4 *	0,5	M	
					Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:										
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %	73,95	80,10	2,5	12	78,41	-2	-2%	100%	3 *	2,5	M	cio
					Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:										cts
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	71,21	70,00	0,0	12								
					Fonte obt: mes - val obt: >=70 - fonte verifica:										
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %	2,61		1,0									cio
					Fonte obt: mes - val obt: media strutture presidio=3 - fonte verifica:										cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	6,00	1,0	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,0	M	cio
					Fonte obt: azienda - val obt: media strutture presidio=8 - fonte verifica:										cts
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	1,2	12	80,00	0	0%	100%		1,2		cio
					Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:										cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	12	98,00	23	31%	100%	5 *	1,2		cio
					Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:										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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts

Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.			0,0	12					*			
		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

non possono incidere. Togliere

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA	2,4	1,3
--------------------------------------------------	------------	------------

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	0,04	0,03	2,4	12	0,04	0	31%	52%	2*	1,3	M	
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso													

Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Presidio Ospedaliero San Luca

ricalcato a livello di direzione di presidio

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

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						*			
	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

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	2,4	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,4	M	cio
	Tasso di infortuni dei dipendenti														cts

diminuzione rispetto all'anno precedente

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

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	10,0
--------------------------------	-------------	-------------

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	10,0
--------------------------------	-------------	-------------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	1.010.037,47	1.010.037,47	10,0	12	383.820,23	-626.217	-62%	100%	3*	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	40,0	35,1
-----------------------------------------------	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	24,0	20,6
--------------------------------	-------------	-------------

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

3STRA_1 0ICT_1b	Piano ICT	RT_3STRA_10ICT_1b rispetto cronoprogramma implementazione C7	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	PROOGETTUALITA DIP
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.1 Interventi chirurgici per Ca mammella	>	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50% (1 caso a castelnuovo)
		DM70.10 esofago	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.11 GIST	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.2 Colectistomia laparoscopica	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	castelnuovo è a quota 93 non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,3	12	0,67	0	-33%	67%	*	0,9	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->66,67%
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->33,33% (36 Garfagnana, 1 caso a Barga e 394 a Lucca)
		DM70.7 Maternita'	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	quelli di castelnuovo sono fatti in service a lucca non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,3	12					100%	vr	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%
al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%														
		DM70.9 surrene	>	1,3	12					100%	vr	*	1,3	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%
al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%														
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3	PROGETTUALITA DIP
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
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	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
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_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV,finanziati da DGRT	>	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7	vedi email maranto del 25/10
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7 7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	>	1,00	1,3	12	0,29	-1	-71%	29%		*	0,4	verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.*
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,3	12	100,00	10	11%	100%		*	1,3	
Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:														
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	1,3	12	1,00	0	0%	100%		*	1,3	PROGETTUALITA DIP
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J/01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,3	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali
Fonte obt: Decr 9841 - val obt: Miglioramento rispetto all'anno precedente - fonte verifica:														

4 - Ob Az:

4,0

3,5

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

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: ESCUSIVO DA PROGETTUALITA DIP													
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP													
P35O01c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35O01c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,3	12	0,64	0	-36%	64%	*	0,9	
Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica: Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32													
4 - Ob Az: D.M.P.O.					9,3	9,0							
AZ07.31	revisione modello organizzativo nei grandi ospedali	i-AZ07.31 riunione con direzione per presentazione progetto di implementazione del modello della discharge room (entro 30 aprile)	>		1,3	12				75%	vr	*	1,0
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP													
la discharge room è stata superata con linee guida per la gestione del sovraffollamento													
AZ07.32	distribuzione diretta	i-AZ07.32 Definizione di modalità condivise di dimissione al fine di ottimizzare la distribuzione diretta dei farmaci	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DI													
AZ07.32b		i-AZ07.32b Spostamento al S Luca del punto di distribuzione diretta	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP													
la dmpo ha già approntato le stanze													
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP													
AZ07.34	efficace utilizzo dei servizi del project financing	i-AZ07.34 Miglioramento dell'utilizzo dei quantitativi minimi da garantire (annullamento percentuali di inutilizzo)	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DI													
AZ07.34b		i-AZ07.34b Proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo dei minimi	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP													
RT_4QUA 1ES_1b	Esiti - Gestione delle criticità	i-RT_4QUA_1ES_1b assicurare lo svolgimento degli audit sugli esiti critici	>	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: PROGETTUALITA DIP													
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,3	0,7							
P13O01b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13O01b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:													
4 - OB AZ: ENERGY MANAGMENT					1,3	1,3							

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

P60O02	Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali	i-P60O02	> si/no	1,00	1,3		1,00	0	0%	100%		1,3
		Elaborazione bozza entro il ____	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

stesura capitolato di gara

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

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

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	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8
------	-------------------------------------------------------	-----	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

cio
cts

		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

cio
cts

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi

p1 P2

Valutazione

p1 P2

102_42209

9

**S.C. DIREZIONE MEDICA
PRES. OSPED. H 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)

DROC

DIREZIONE DI PRESIDIO PONTEDERA-VOLTERRA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

105 BD103310

PRESIDIO OSPEDALIERO LOTTI VDE CC (105)

1 - Obiettivi MeS

35.0

28,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,6

3,4

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,80	0,5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													</
----	-----------	--------	------	------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

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

B8	Gestione Dati	B8.8.2	> %	98,71	90,00	0,5	12	100,00	10	11%	100%	*	0,5	M
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)												
Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi														
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						23,3							18,6	
C	Valutazione sanitaria	C16.9	< %.	12,74	13,38	1,2	12	11,43	-2	-15%	100%	-1*	1,2	M
		% ricoveri da Pronto Soccorso												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:												
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)														
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.			0,5	12				92%	vr 4*	0,4	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti												
		Fonte obt: mes - val obt: 120 - fonte verifica:												
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO														
a fine 2017 sovrappollamento per influenza														
		C8b.2_prod	<	0,32	0,32	1,2	12	0,52	0	63%	0%	*	0,0	
		% ricoveri oltre 30 gg												
		Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	>			0,0	12					0*		
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:												
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)														
doppione del DM70.1														
		C10.1.4	>	40,10	0,00	1,2	12	46,00	46	#Error e	100%	2*	1,2	M
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)														
C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	0,00	1,92	0,5	12	0,00	-2	-100%	100%	5*	0,5	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica												
		Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:												
		C14.4_dip	>	1,35	1,61	0,5	12	1,80	0	12%	100%	*	0,5	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)												
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:												
preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura														
		C4.9ass	<	752,00	752,00	0,5	12	598,00	-154	-20%	100%	*	0,5	M
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:												
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.			1,5	12				100%	vr 1*	1,5	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti												
		Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:												
dato MeS al 2018-05-08, livello F.Lotti Pontedera (PI), fonteRFC 106														
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture														
		C16.2	> %.			1,5	12				100%	vr 0*	1,5	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora												
		Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - 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														
		C16.3	> %.			1,5	12				100%	vr 1*	1,5	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h												
		Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - 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														

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h*** 	>	% Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:	0,5	12					100%	vr	0*	0,5		cio
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																
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>	%. Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:	0,5	12					100%	vr	3*	0,5		cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)																
per problemi di sovraffollamento, le dir po indicano di ricoverare in area chirurgica anche patologia di tipo medico																
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	N. Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:	1,5	12	0,11	0	-79%	100%			2*	1,5	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)																
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N. Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:	2,4	12	0,39	1	-201%	20%			2*	0,5		cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)																
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%. Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:	0,5	12	56,53	-37	-39%	0%			1*	0,0		cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)																
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	>	%. Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:	2,5	12	90,97	11	14%	100%			5*	2,5	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)																
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>	N. Fonte obt: mes - val obt: >=70 - fonte verifica:	0,0	12							*			cio
annullare, con i dati a disposizione non è possibile calcolarlo																
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%. Fonte obt: mes - val obt: media strutture presidio=3 - fonte verifica:	1,0								*			cio
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N. Fonte obt: azienda - val obt: media strutture presidio=8 - fonte verifica:	1,0	12	7,47	1	25%	100%			5*	1,0	M	cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																
inserito obiettivo che mancava																
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N. Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:	1,2	12	80,00	0	0%	100%			*	1,2		cio
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N. Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:	1,2	12	98,00	23	31%	100%			5*	1,2		cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																

martedì 12 marzo 2019

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts

Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.			0,0	12					*			
		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

non possono incidere. Togliere

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA	2,4	2,4
--------------------------------------------------	------------	------------

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	0,02	0,03	2,4	12	0,03	0	-5%	100%	3*	2,4		
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso													

Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: F.Lotti Pontedera (PI)

riccolato a livello di direzione di presidio

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

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						*			
	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
	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								

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	2,4	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,4
Tasso di infortuni dei dipendenti		diminuzione rispetto all'anno precedente				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini					

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	10,0	10,0
--------------------------------	-------------	-------------

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	10,0
--------------------------------	-------------	-------------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	243.891,28	243.891,28	10,0	12	183.673,48	-60.218	-25%	100%	3*	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	40,0	32,3
-----------------------------------------------	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	25,6	19,7
--------------------------------	-------------	-------------

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

3STRA_1 0ICT_1b	Piano ICT	RT_3STRA_10ICT_1b rispetto cronoprogramma implementazione C7	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	PROOGETTUALITA DIP	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.1 Interventi chirurgici per Ca mammella	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50% (0 casi a volterra e 104 a pontedera)	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 150 - fonte verifica:											
		DM70.10 esofago	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 10 esofagectomie per struttura org.tiva - fonte verifica:											
		DM70.11 GIST	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 10 diagnosi - fonte verifica:											
		DM70.2 Colectistomia laparoscopica	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 100 - fonte verifica:											
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 75 - fonte verifica:											
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->50%	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo Infarto miocardico acuto ricovero per ospedale - fonte verifica:											
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 200 - fonte verifica:											
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>		0,0	12					*		non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% (11 casi AVC, 42 VDE)	
			Fonte obt: DM70 - val obt: 250 (di cui 30% primarie); Proporzioni di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta -> min 60% - fonte verifica:											
			fatti in service a pisa e fondazione monasterio. Togliere!											
		DM70.7 Maternità'	>		1,6	12				75%	vr	*	1,2	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% (o casi)
			Fonte obt: DM70 - val obt: si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 - fonte verifica:											
passato da 926 a 816. Sono diminuiti i parti delle residenti vde di 91 casi ovunque in toscana														

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.9 surrene	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP
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	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
		RT_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV, finanziati da DGRT	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate vedi email maranto del 25/10
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7 7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	>	1,00	1,6	12	0,57	0	-43%	57%	*	0,9	verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.*
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	0,0	12					*		
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	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP
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					*		non pervenuti ancora i risultati regionali
4 - Ob Az:					4,8							4,2	

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	ESCUSIVO DA PROGETTUALITA DIP	
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP	
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,6	12	0,64	0	-36%	64%	*	1,0	Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32)	
4 - Ob Az: D.M.P.O.					6,4								6,0	
AZ07.31	revisione modello organizzativo nei grandi ospedali	i-AZ07.31 riunione con direzione per presentazione progetto di implementazione del modello della discharge room (entro 30 aprile)	>		1,6	12				75%	vr	*	1,2	la discharge room è stata superata con linee guida per la gestione del sovraffollamento
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	PROGETTUALITA DI	
AZ07.32b		i-AZ07.32b Spostamento al S Luca del punto di distribuzione diretta	>	1,00	0,0	12					*		PROGETTUALITA DI	
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP	
AZ07.34	efficace utilizzo dei servizi del project financing	i-AZ07.34 Miglioramento dell'utilizzo dei quantitativi minimi da garantire (annullamento percentuali di inutilizzo)	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0		
AZ07.34b		i-AZ07.34b Proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo dei minimi	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	PROGETTUALITA DI	
RT_4QUA 1ES 1b	Esiti - Gestione delle criticità	i-RT_4QUA_1ES_1b assicurare lo svolgimento degli audit sugli esiti critici	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP	
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,6								0,8	
P13001b	Implementare l'attività del Day Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8		
4 - OB AZ: ENERGY MANAGMENT					1,6								1,6	

P60O02	Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali	i-P60O02	> si/no	1,00	1,6		1,00	0	0%	100%		1,6
		Elaborazione bozza entro il ____	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

stesura capitolato di gara

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,0

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	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

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

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	2,8	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,8
------	-------------------------------------------------------	-----	------	------	-----	----	------	----	-------	-----	---	-----

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

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

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

cio
cts

		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

cio
cts

105_BD10
33101

**PRESIDIO OSPEDALIERO
LOTTI VDE CC (105)**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

DROF

DIREZIONE DI PRESIDIO VIAREGGIO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

112_26 DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO (112)

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,4

3,0

[illegible]

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

B8	Gestione Dati	B8.8.2	> %	98,71	90,00	0,5	12	100,00	10	11%	100%	*	0,5	M
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)												

Fonte dati RT - Settore Politiche del Farmaco e Dispositivi

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA	23,7	20,4
---------------------------------------------	------	------

C	Valutazione sanitaria	C16.9	< %	10,41	10,93	1,2	12	10,43	0	-5%	100%	-1	*	1,2
		% ricoveri da Pronto Soccorso												
		Fonte obt: - val obt: mantenimento (fino a +5%) - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	0,5	12				65%	vr	4	*	0,3		
		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												
			a fine 2017 sovrappollamento per influenza												
		C8b.2_prod	<	1,00	1,00	1,2	12	0,84	0	-16%	100%		*	1,2	M
		% ricoveri oltre 30 gg	Fonte obt: azienda - val obt: mantenimento - fonte verifica:												

C10a	Performance Chirurgia Oncologica	C10.1.3	>	100,00	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,2
		% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 1 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
		C10.1.4	>	40,10	0,00	1,2	12	20,15	20	#Error	100%	3	*	1,2
		Indice di dispersione dalla casistica in reparti sotto soglia per tumore maligno alla mammella												
		Fonte obt: mes - val obt: 0 - fonte verifica:												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												

C14	Appropriatezza medica	C14.2_dip	<	4,43	1,92	0,5	12	5,52	4	188%	40%	4	*	0,2
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Fonte obt: mes - val obt: 1,92 - fonte verifica:											
		C14.4_dip	>	2,76	1,61	0,5	12	2,48	1	54%	100%		*	0,5
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
		preso da MeS; solo per PO, non è possibile calcolo per struttura												
		C4.9ass	<	1.658,00	1.658,00	0,5	12	1.591,00	-67	-4%	100%		*	0,5
		DRG LEA Medici: Numero drg dimessi	Fonte obt: - val obt: mantenimento - fonte verifica:											

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.			1,4	12				100%	vr	1	*	1,4	cio		
			% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		Fonte obt: mes - val obt: 78,77 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ospedale Unico Versilia, fonteRFC 106											
			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture															
		C16.2	> %.	63,82	83,24	1,4	12	85,24	2	2%	100%		3	*	1,4	M	cio	
			% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		Fonte obt: mes - val obt: 83,24 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia											
		C16.3	> %.	63,82	85,05	1,4	12	85,14	0	0%	100%		3	*	1,4	M	cio	
			% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		Fonte obt: mes - val obt: 85,05 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia									cts		

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	>	% <i>Fonte obt: mes - val obt: 94,33 - fonte verifica:</i>	0,5	12					100%	vr	2*	0,5		cio
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																
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	>	% <i>Fonte obt: mes - val obt: 73,91 - fonte verifica:</i>	0,5	12					100%	vr	3*	0,5		cts
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia																
per problemi di sovraffollamento, le dir po indicano di ricoverare in area chirurgica anche patologia di tipo medico																
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	N. <i>Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:</i>	-0,61 -0,61	1,4	12		-0,68	0	12%	100%	3*	1,4	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia																
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N. <i>Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:</i>		2,4	12					33%	vr	2*	0,8	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia																
ridotti i ricoveri med < 2gg dal 6,9 al 6,7																
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	% <i>Fonte obt: mes - val obt: 93,06 - fonte verifica:</i>	78,26 93,06	0,5	12		80,53	-13	-13%	45%	3*	0,2	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia																
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	>	% <i>Fonte obt: mes - val obt: 80,10 - fonte verifica:</i>	95,26 80,10	2,4	12		93,52	13	17%	100%	5*	2,4		cts
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia																
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	>	N. <i>Fonte obt: mes - val obt: >=70 - fonte verifica:</i>	71,21 70,00	0,0	12						*			
annullare, con i dati a disposizione non è possibile calcolarlo																
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	% <i>Fonte obt: mes - val obt: media strutture presidio=3 - fonte verifica:</i>	2,61	0,9							*			cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N. <i>Fonte obt: azienda - val obt: media strutture presidio=8 - fonte verifica:</i>	5,99 6,00	0,9	12		7,47	1	25%	100%	5*	0,9	M	cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																
inserito obiettivo che mancava																
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N. <i>Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:</i>	88,20 80,00	1,2	12		80,00	0	0%	100%	*	1,2		cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N. <i>Fonte obt: mes - val obt: >=75 - fonte verifica:</i>	99,20 75,00	1,2	12		98,00	23	31%	100%	5*	1,2		cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																

martedì 12 marzo 2019

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	> %	2,66	3,00	0,5	12	11,20	8	273%	100%	5*	0,5	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	0.5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0.5	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.			0,0	12					*			
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												

non possono incidere. Togliere

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						2,4									2,4
-------------------------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

D	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	2,29	2,70	2,4	12	2,06	-1	-24%	100%	3*	2,4	M	
Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso			Fonte obt: mes - val obt: 2,7 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,6									3,6
-------------------------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

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						*			
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												cts
<i>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</i>														

2 - Obiettivi ECONOMICI						10,0									10,0
-------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

2 - Obiettivi ECONOMICI						10,0									10,0
-------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	8.137,41	8.137,41	10,0	12	6.375,84	-1.762	-22%	100%	3*	10,0	M	cio
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:												cts

selezionati esclusivamente i centri di costo della DMPO (come riorganizzazione dell'ottica fatta nel 2018) ed esclusi i gas medicali usati nel presidio

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI						40,0									34,2
----------------------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

3 - Obiettivi REGIONALI						25,6									21,6
-------------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

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

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<u>3STRA_1</u> 0ICT_1b	<u>Piano ICT</u>	RT_3STRA_10ICT_1b rispetto cronoprogramma implementazione C7	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%		1.6	PROOGETTUALITA DIP
<u>DM70</u>	<u>Rispetto delle soglie volumi da DM 70</u>	DM70.1 Interventi chirurgici per Ca mammella	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.10 esofago	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.11 GIST	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.2 Colecistectomia laparoscopica	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.3 Intervento chirurgico per frattura di femore	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.4 Infarto miocardico acuto	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100%
		DM70.5 By pass aorto-coronarico	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)
		DM70.6 Angioplastica coronarica percutanea	>		0.0	12					*		non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0% (145 casi Versilia)
fatto in service a fondazione monasterio. Togliere!													
		DM70.7 Maternita'	>	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->100% (o casi)

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

DM70	Rispetto delle soglie volumi da DM 70	DM70.8 PANCREAS	>	1,6	12					50%	vr	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0%
														al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
		DM70.9 surrene	>	1,6	12					50%	vr	*	0,8	non si può mettere l'obiettivo del limite minimo alla direzione di PO perché la soglia è per ospedale. Si può mettere come media del raggiungimento degli ospedali->0%
														al DGRT di maggio 2016 prevede "un periodo di osservazione della durata di un anno [...]"-> bonus 50%
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_1 Attuazione dei Piani di Area Vasta	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	PROGETTUALITA DIP
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	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8	Prospetto di sintesi sul livello di attuazione
		RT_3STRA_2RETI_1b Attivaz Rete Cod Rosa: Nomina con atti az. di tutti gli organismi previsti; invio unico a livello az. trim. dei dati di attività Comitato di AV e al Comitato RT; Realiz di almeno 3 corsi di formaz a livello az, di cui uno interaz. di AV, finanziati da DGRT	>	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	0,8	la mancanza dell'adozione della delibera non è da imputare alle singole strutture. Le altre azioni relative all'obiettivo sono state tutte completate vedi email maranto del 25/10
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_7 7a) Tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici < 30giorni.	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,8	verificato come media del raggiungimento per stabilimento degli indicatori mes C10.4.*
														escluso C10.4.2 non di valutazione su bersaglio
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>		0,0	12						*		non attinente
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	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	PROGETTUALITA DIP
RT_4QUA 1INF	QUALITA' DELLE CURE - Infezioni correlate all'assistenza	RT_4QUA_1INF_1 Consumo farmaci antinfettivi della classe J01; % episodi di batteremia; K.pneumoniae resistente ai carbapenemici; E.coli con fenotipo di resistenza a spettro esteso ai beta-lattamici; S.aureus meticillino resistente	>	1,00	1,6	11						*		non pervenuti ancora i risultati regionali

4 - Ob Az:

4,8

4,2

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

AZ_BU	Breast Unit	AZ_BU_1 Attuare completamento assetto della Breast Unit, secondo gli indirizzi della DGR 272-2014	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	ESCUSIVO DA PROGETTUALITA DIP	
AZ07.1	registrazione della Breve Osservazione in reparto su first aid; analisi del modello organizzativo ed applicazione	i-AZ07.1 attivazione	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP	
P35001c	Sviluppare ed estendere modello GOM	i-P35001c numero pazienti operati / numero interventi con GOM	>	1,00	1,6	12	0,64	0	-36%	64%	*	1,0	Sul Versilia i GOM nel 2017 nel 2017 attivi solo due (mammella e polmone) GOM. monitoraggio partito da novembre 2017 e misura gom pre-visite/visite (MS=0,83; LU=0,50; PI=0,62; LI=0,83; VI=0,32	
4 - Ob Az: D.M.P.O.					6,4								6,0	
AZ07.31	revisione modello organizzativo nei grandi ospedali	i-AZ07.31 riunione con direzione per presentazione progetto di implementazione del modello della discharge room (entro 30 aprile)	>		1,6	12				75%	vr	*	1,2	PROGETTUALITA DIP
					la discharge room è stata superata con linee guida per la gestione del sovraffollamento									
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	PROGETTUALITA DI	
AZ07.32b		i-AZ07.32b Spostamento al S Luca del punto di distribuzione diretta	>	1,00	0,0	12					*		PROGETTUALITA DI	
AZ07.33	utilizzo TTR	i-AZ07.33 estensione utilizzo TTR nei Blocchi operatori	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP	
AZ07.34	efficace utilizzo dei servizi del project financing	i-AZ07.34 Miglioramento dell'utilizzo dei quantitativi minimi da garantire (annullamento percentuali di inutilizzo)	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0		
AZ07.34b		i-AZ07.34b Proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimale utilizzo dei minimi	>	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	PROGETTUALITA DI	
RT_4QUA 1ES_1b	Esiti - Gestione delle criticità	i-RT_4QUA_1ES_1b assicurare lo svolgimento degli audit sugli esiti critici	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP	
4 - Ob Az: DIP. MEDICO					1,6								0,8	
P13001b	Implementare l'attività del Dav Service diagnostico e terapeutico	i-P13001b definizione di un modello organizzativo da deliberare entro giugno	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8		
4 - OB AZ: ENERGY MANAGMENT					1,6								1,6	

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

P60O02	Elaborazione progetto per il risparmio energetico nei nuovi ospedali	i-P60O02	> si/no	1,00	1,6		1,00	0	0%	100%		1,6
		Elaborazione bozza entro il ____	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

stesura capitolato di gara

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attivita' e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1	> N.	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

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

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	2,8	12	3,00	0	0%	100%	3	2,8
------	-------------------------------------------------------	-----	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

inviati verbali

cio
cts

		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7
--	--	-----	-----	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----

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

Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:

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

cio
cts

112_26

**DIREZIONE SANITARIA
PRESIDIO OSPEDALIERO (112)**

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)