

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2016

D04

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Responsabile: Giacomo Allegrini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

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

Performance in termini di:

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

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

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

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

D04

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Responsabile:

Macrostruttura

D04 **DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**

Giacomo Allegrini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS**35,0****26,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****19,8****12,9**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	2,3	12	95,06	-5	-5%	40%	4 *	0,9	
		Estensione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare											cts
		B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,3	12	72,70	-7	-9%	30%	3 *	0,7	
		Adesione corretta dello screening mammografico	consuntivo da verificare											
		B5.2.1	> %.	102,73	95,39	2,3	12	99,74	4	5%	100%	5 *	2,3	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare											cts
		B5.2.2	> %.	55,94	60,00	2,3	12	55,90	-4	-7%	30%	3 *	0,7	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377											
		B5.3.1	> %.	99,95	100,00	2,3	12	100,69	1	1%	100%	5 *	2,3	M
		Estensione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare											cts
		B5.3.2	> %.	46,81	70,00	2,3	12	47,08	-23	-33%	1%	1 *	0,0	M
		Adesione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare											
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,5	12	85,00	5	6%	100%	3 *	0,5	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare											cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	4,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	4,6	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare											cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
		Qualità del flusso informativo SDO												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5	12	98,28	8	9%	100%		0,5	cio
		Qualità del flusso informativo SPA												cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**12,9****10,8**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** % Valutazione

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,16	120,00	0,5	12	134,50	15	12%	50%	4 *	0,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO
		C5.1e	< N.	9,00	7,31	0,5	12	8,98	2	23%	31%	3 *	0,1	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,5	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica												fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo DIPARTIMENTO ONCOLOGICO
		C14.4	< %.	2,35	2,02	0,5	12	2,50	0	24%	30%	3 *	0,1	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C4.9	> %.	88,57	76,45	0,5	12	85,71	9	12%	100%	3 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	0,18	0,17	2,3	12	0,34	0	98%	75%	vr 2 *	1,7	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
														dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	51,00	0,9	12	34,00	-17	-33%	100%	4 *	0,9	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	102,00	0,9	12	62,00	-40	-39%	100%	5 *	0,9	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts
		C6.5.7	> N.	66,67	90,00	0,5	12	90,00	0	0%	100%		0,5	M
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
														valutaz. 2017-11-05

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.Scost.**
2015 **2016** 2016 % **Valutazione**

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,5	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,5	M cio
Anno 2014. Budget da definire Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	4,6	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,9	
come da DGRT il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	2,3	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,3	M cio
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO														cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	22.065.994,12	21.845.334,18	12,0	12	24.130.542,78	2.285.209	10%	30%	3 *	3,6	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA verifica del 2017-09-08 cdg H - sommatoria dei valori delle UU.OO.														cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	64,61	-35	-35%	85%	2 *	1,3	cio
al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la % dato calcolato a livello di Ausl NO														
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0	cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la % dato calcolato a livello di Ausl NO														

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3 - Obiettivi REGIONALI

15,2

14,5

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	3,8	12	82,09	-8	-9%	91%	*	3,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIPARTIMENTO ONCOLOGICO Totale
		RT14	> si/no		1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT18	> si/no	1,00	1,00	0,0	12					*		togliere l'obiettivo e darlo/lasciarlo al chirurgo (tolto il peso)
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												
		RT7	> si/no		1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	*	3,8	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio												cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												M cio
PPR-22	Aumentare i livelli di estensione dei programmi di screening oncologico per il tumore alla mammella, della cervice, del colon retto nelle AUSL della Toscana	i-PPR22	> %	0,00	1,00	1,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,1	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / estensione mammo diminuita. Estensione cervice e colon retto diminuiti ma sono circa al 100%
		Estensione grezza e corretta dei programmi di screening oncologico												
		i-PPR22a	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7												M
PPR-24	Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	i-PPR24	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile
		Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni												
		i-PPR24a	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7												M
4 - Ob Az: CONSULTORIO						0,0								

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 % Valutazione

P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	12							*		cio
		Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile, obiettivo riproposto per il 2017										

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

14,2

13,6

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione															
P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso															
P39O04	Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso															
P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso															
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato															
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili															
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08	> %	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina															
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto															
		i-P39O09a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato è disponibile solo per Pontedera, si propone non valutabile															

4 - Ob Az: RADIOTERAPIA

5,6

5,6

P40O01	Approfondire la tematica della spesa dei TRASPORTI per radioterapia e strutturare una proposta organizzativa	i-P40O01	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
		Elaborazione proposta organizzativa condivisa entro il 30/04		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
cts														

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

P40O02	<u>Approfondire il quadro conoscitivo relativo alla TOMOTERAPIA di Lucca: liste di attesa e utilizzo della macchina. (portare il tema al tavolo di Area Vasta e confronto con Area Vasta Centro)</u>	i-P40O02	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M	cts
Effettuazione analisi liste di attesa e carico di lavoro per elaborazione progetto con estensione alla AOUP															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P40O03	<u>Strutturare una proposta condivisa per omogeneizzare i protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa. (Quali percorsi)</u>	i-P40O03	> N.	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M	cts
Elaborazione protocolli standardizzati															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
Q01a			> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,8	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)								
Q02a			> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											
Q03			> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
						Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)										
						Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area							
		Q06	> %	1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)										
						verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica							

D04

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Totale pesi

100,0

80,4

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

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

D04A

AREA ONCOLOGIA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FON064 **ONCOLOGIA MEDICA (101)**

1 - Obiettivi MeS

40,0

35,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,8

7,8

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	2,2	12	87,69	8	10%	100%	3 *	2,2	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - Anno 2014												cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,1		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 - Anno 2014												cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	2,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	2,2	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 -												
		B8.4.13	> N.		90,00	2,2	12	98,40	8	9%	100%	*	2,2		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -												cts

fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101

l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,3

23,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,1	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,1	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 - Anno 2014												
		C5.1e	< N.	20,00	7,41	1,1	12	14,97	8	102%	70%	3 *	0,8	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	0,0741030934549007 - Anno 2014												
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	2,2	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	2,2		
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	da definire - Anno 2014												
		C14.4	< %.	2,94	1,67	2,2	12	0,90	-1	-46%	100%	3 *	2,2	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	0,0167370923627183 - Gen-Ago 2015												
		C4.9	> %.	88,57	75,29	2,2	12	75,36	0	0%	100%	2 *	2,2		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	0,752901492537313 - Gen-Ago 2015												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.		0,22	2,2	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	2,2		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	0,217124289195776 - Gen-Ago 2015												cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,3	12	3,00	0	0%	100%	4 *	3,3	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3 - Anno 2014											cts	
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,3	12	7,00	1	17%	100%	5 *	3,3	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6 - Anno 2014											cts	
		C6.5.3	> N.	79,00	85,00	0,0	12							cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>=85 - Anno 2014											cts	
		C6.5.4	> N.	68,00	85,00	0,0	12							cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>=85 - Anno 2014											cts	
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	2,2	12	88,20	8	10%	100%	4 *	2,2	cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 - Anno 2014											cts	
		C6.5.7	> N.	1,00	90,00	1,1	12	90,00	0	0%	100%		1,1	M	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	>=90 - Anno 2014											cts	
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1	cio	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - Anno 2014											cts	
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 - Anno 2014											cts	

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0*			cio
		Percentuale di assenza	6,95 - Anno 2014												cts
<hr/>															
		E3	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere												cts
<hr/>															

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA **7,8** **3,8**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.	100,00	4,4	12	58,39	-42	-42%	58%	*	2,6
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	1 -	dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane								

F12a.25.2	> %.	85,00	3,3	12	31,31	-54	-63%	37%	*	1,2
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD		almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		dato calcolato a livello di Ausl NO						

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0	3,0
------	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	3,0
-------------------------	------	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	3.655.096,75	3.618.545,78	10,0	12	4.370.615,26	752.069	21%	30%	3	*	3,0
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 -		verifica del 2017-09-08 cdg H -									

cio
cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

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

3 - Obiettivi REGIONALI	6,8	6,8
-------------------------	-----	-----

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	3,4	12	100,00	10	11%	100%	*	3,4
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	-	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ONCOLOGIA MEDICA (101)								

RT7	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		secondo cronoprogramma FTGM -		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)						

cio

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto obiettivi contenuti nel piano -		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								

M
cio
cts

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

28,2	28,2
------	------

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5
		Definire le procedure condivise con ITT entro giugno	Definire le procedure condivise con ITT entro giugno -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione								

M
cio

P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
		Definizione protocolli condivisi entro giugno	Definizione protocolli condivisi entro giugno -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso								

M

P39O04	<u>Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O04	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4
		Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso										

M

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione
2015 **2016** 2016

P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05 Predisposizione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		4,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06 Nuovo regolamento entro giugno	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		4,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato														
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07 compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili														
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08 spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica	> %	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		3,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09 definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		4,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														
gom attivati da tempo														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%		0,0	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,5	12	3,00	0	0%	100%	3	5,5	cio cts
verbalizzate di tre incontri - valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%		2,5	cio cts
N impegni rispettati / impegni da rispettare - monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	4,1	12	100,00	0	0%	100%		4,1	cio cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) - UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	2,7	cio cts
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) -										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

101_1FON
064

ONCOLOGIA MEDICA (101)

Totale pesi **100,0**

88,5

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

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

UO/UF

101_1FON105 **S.S.D. HOSPICE CURE PALLIATIVE (101)**

1 - Obiettivi MeS

40,0

36,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,2

14,2

B8	Gestione Dati																
	B8.1		> %.	82,70	80,00	3,9	12	87,69	8	10%	100%	3*	3,9				
	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		80%				fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101										
							l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto ; Si chiede di inserire il raggiungimento della ex 101. Quindi obiettivo raggiunto										
	B8.4.1		> %.	100,00	98,50	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,2				
	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		98,5%				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
	B8.4.13		> N.		90,00	5,2	12	98,40	8	9%	100%		5,2				
	Qualità del flusso informativo SPA		90%				fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,5

20,5

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.		7,41	0,0	12						3*		
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa															
7,31%															
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
n.v.															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.		0,22	5,2	12	0,20	0	-9%	100%	2*	5,2		
Indice di performance degenza media - DRG Medici															
Valore 2016 non superiore a Valore 2015															
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	5,2	12	2,00	-1	-33%	73%	4*	3,8	M	
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															
3															
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. HOSPICE CURE PALLIATIVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	5,2	12	0,00	-6	-100%	50%	vr	5*	2,6	
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)															
6															
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. HOSPICE CURE PALLIATIVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
verificare i dati. Alle strutture non tornano; - il cdg h non ha elementi per contro-controdedurre															
		C6.5.4	> N.	68,00	85,00	0,0	12						*		
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere															
>=85															
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri dei CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
; se non consuntivabile si chiede redistribuzione dei pesi fra quelli raggiunti															
		C6.6	< %	2,42	3,00	3,9	12	2,66	0	-11%	100%	3*	3,9		
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti															
>=3															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 100%	83,33	100,00	5,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	5,2	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 6,77	8,24	6,95	0,0	12				100%	vr	0 *	0,0	cio
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															

; Il tasso di assenza della dirigenza medica è pari all'3,81%, quindi si chiede di considerare l'obiettivo raggiunto in quanto la parte infermieristica è dipendente da un altro dipartimento

E3	< %.	815,00	799,00	1,3	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,3	M	cio	
Tasso di infortuni dei dipendenti														cts
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere														
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO														

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	0,00	10,0	12	0,00	0	-100%	100%	vr	3 *	10,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015	valutaz. 2017-11-05										cts

in assenza di dati sulla spesa non è stato possibile monitorarla; centro di costo non agganciato nell'ottica

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

3 - Obiettivi REGIONALI	5,0	5,0
-------------------------	-----	-----

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	*	4,0
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)												
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S.D. HOSPICE CURE PALLIATIVE (101)												

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M	cio
rispetto indicazioni del responsabile aziendale															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

4 - Ob Az:	30,0	30,0
------------	------	------

cod ob (da definire)	descrizione obiettivo (da definire)	IR155	> si/no	0,00	1,00	15,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	15,0	M
		Percorso formativo del personale del 118 per pazienti in fase terminale	Organizzazione del corso di formazione entro il 31/12		valutaz. 2017-11-05									
<hr/>														
		IR240	> si/no	0,00	1,00	15,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	15,0	M
		Stesura di un protocollo per la programmazione delle consulenze interne in relazione al nuovo assetto logistico della struttura rispetto al nuovo ospedale	Stesura del protocollo entro il 31/12		valutaz. 2017-11-05									

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,7
------------------------	------	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,7
------------------------	------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FON
105

**S.S.D. HOSPICE CURE
PALLIATIVE (101)**

Totale pesi **100,0**

95,8

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

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

UO/UF

101 1FON910

S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA (101)

ANTONELLO GIANNONI

1 - Obiettivi MeS

40.0

38.2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,5

14,5

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	5,5	12	87,69	8	10%	100%	3*	5,5	M	cio	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - Anno 2014	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101												cts
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto ; Si chiede di inserire il raggiungimento della ex 101. Quindi obiettivo raggiunto																
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,5	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,5		cio	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	0,985 - Anno 2014	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												cts
		B8.4.13	> N.		90,00	3,6	12	98,40	8	9%	100%		3,6		cio	
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101												cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,6

21,8

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.		7,41	0,0	12						3*		I Dato 2016 - Ospedale delle Apuane
n.v															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.		0,22	3,6	12	0,20	0	-9%	100%	2*	3,6		I Dato 2016 - Ospedale delle Apuane
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	0,0	12						4*		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO i dati vanno verificati. Alle strutture non tornano; La struttura nn è nell'elenco delle strutture della ex 101 che deve fare Audit; da eliminare
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	3,6	12	0,00	-6	-100%	50% vr	5*	1,8		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO verificare i dati. Alle strutture non tornano; - il cdg h non ha elementi per contro-controdedurre
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,00	85,00	0,0	12						*		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica ; se l'obiettivo non è valutabile si chiede di ripartire il peso fra quelli raggiunti
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,00	85,00	0,0	12						*		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5	> N.	88,20	80,00	5,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	5,5	cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 - Anno 2014											cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	5,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	5,5	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - Anno 2014											cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	5,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	5,5	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 - Anno 2014											cts
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,8							1,8	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12				100%	vr 0 *	0,0	cio
		Percentuale di assenza	6,95 - Anno 2014											cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
; Il tasso di assenza della struttura dell'assistenza medica è 2,78. L'alta percentuale è dovuta ad un massofioterapista che è nel ns centro di costo ma non lavora per la struttura che è in grave malattia da più di un anno														
		E3	< %.	815,00	799,00	1,8	12	796,00	-3	0%	100%		1,8	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cts
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO														
2 - Obiettivi ECONOMICI						11,0							11,0	
2 - Obiettivi ECONOMICI						11,0							11,0	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	113.959,45	112.819,86	11,0	12	10.774,87	-102.045	-90%	100%	3 *	11,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 -											cts
verifica del 2017-09-08 cdg H -														
3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI						32,0							32,0	
3 - Obiettivi REGIONALI						3,4							3,4	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	2,3	12	100,00	10	11%	100%		2,3	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	-											
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA (101)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto obiettivi contenuti nel piano -											cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
4 - Ob Az:						28,6							28,6	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

<u>cod ob (da definire)</u>	<u>descrizione obiettivo (da definire)</u>												
IR033	Attività di coordinamento delle strutture di Nutrizione artificiale domiciliare dell'Area vasta Nordovest (ex ASL 5, 6, 2, 12)	> sì/no	0,00	1,00	13.7	12	1,00	0	0%	100%		13.7	M
		Stesura di un protocollo diagnostico terapeutico sulle linee di indirizzo della NAD in ATNO - valutaz. 2017-11-05											
IR247	Valutazione del Rischio clinico in tutto il percorso terapeutico NAD secondo la metodologia in uso in Regione Toscana (FMEA), confronto con le varie unità operative dell'Area Vasta	> sì/no	0,00	1,00	14.9	12	1,00	0	0%	100%		14.9	M
		Riduzione eventi avversi in NAD - valutaz. 2017-11-05											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	2,4	12	100,00	0	0%	100%	*	2,4	
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) - RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,3	12	3,00	0	0%	100%	3	5,3	
verbal di tre incontri - valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)															
		Q02a	CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,4	M
N impegni rispettati / impegni da rispettare - monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO															
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	4,0	12	100,00	0	0%	100%	*	4,0	
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) - UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al formato richiesto. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)															
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	2,7	
60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) - Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FON
9104

**S.S.D. NUTRIZIONE CLINICA
(101)**

Totale pesi 100,0

97,9

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

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

UO/UF

101_1NON919
2**S.S.D. SCREENING (101)**

CRISTINA NICOLAI

1 - Obiettivi MeS**40,0****40,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****32,8****32,8**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	5,1	12	95,06	-5	-5%	100%	vr	4	5,1	
		Estensione corretta dello screening mammografico	1 -				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								cts
							Si chiede di inserire il dato della ex 101 raggiunto nel 2016 che è pari a 111%. Quindi si ritiene l'obiettivo raggiunto al 100%								
		B5.1.2	> %.	74,97	80,00	2,1	12	72,70	-7	-9%	100%	vr	3	2,1	
		Adesione corretta dello screening mammografico					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
							Si chiede di inserire il dato della ex 101 raggiunto nel 2016 che è pari a 82%. Quindi si ritiene l'obiettivo raggiunto al 100%								
		B5.2.1	> %.	102,73	95,39	5,1	12	99,74	4	5%	100%		5	5,1	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	1 -				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016								cts
		B5.2.2	> %.	55,94	60,00	2,1	12	55,90	-4	-7%	100%	vr	3	2,1	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
							Si chiede di inserire il dato della ex 101 raggiunto nel 2016 che è pari a 61%. Quindi si ritiene l'obiettivo raggiunto al 100%								
		B5.3.1	> %.	99,95	100,00	5,1	12	100,69	1	1%	100%		5	5,1	M
		Estensione corretta dello screening coloretale	1 -				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								cts
		B5.3.2	> %.	46,81	70,00	1,0	12	47,08	-23	-33%	100%	vr	1	1,0	M
		Adesione corretta dello screening coloretale					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
							Si chiede di inserire il dato della ex 101 raggiunto nel 2016 che è pari a 50,8%								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	3,1	12	85,00	5	6%	100%		3	3,1	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -				fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202								cts
							Si chiede di inserire il valore di raggiungimento della ex 101 che è pari a 87,69. Quindi obiettivo raggiunto al 100%								
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	3,1	12	99,38	1	1%	100%		5	3,1	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	98,5%				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B8	Gestione Dati	B8.4.11	> N.	96,66	95,00	3,1	12	97,36	2	2%	100%	4 *	3,1	M
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 -											
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														

B8.4.13	> N.	90,00	3,1	12	98,28	8	9%	100%		3,1	
Qualità del flusso informativo SPA	90%										
fonti dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA 6,2 6,2

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	5,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	5,1	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3 -											
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. SCREENING (101) - fascia relativa alla Ausl TNO														

C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	1,0	12	5,00	-1	-17%	100%	5*	1,0	M	cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6 -	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. SCREENING (101) - fascia relativa alla Ausl TNO												
cts														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA 1,0 1,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0 *		
		Percentuale di assenza	6,95											
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

E3	< %.	815,00	799,00	1,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,0	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti													
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere													
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO													

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.2	> %.	85,00	0,0	12								
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD												
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %														
dato calcolato a livello di Ausl NO														

DA ELIMINARE: il centro screening non dimette e non prescrive

2 - Obiettivi ECONOMICI 10,0 10,0

2 - Obiettivi ECONOMICI 10,0 10,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	0,00	10,0	12	0,00	0	-100%	100%	vr	3 *	10,0	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 -														
valutaz. 2017-11-05														

da inserire dato centro di costo screening ex 101

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

3 - Obiettivi REGIONALI 10,0 10,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	vr	0,3	M	cio
		rispetto obiettivi contenuti nel piano -		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											cts	
PPR-22	Aumentare i livelli di estensione dei programmi di screening oncologico per il tumore alla mammella, della cervice, del colon retto nelle AUSL della Toscana	i-PPR22	Estensione grezza e corretta dei programmi di screening oncologico	> %	0,00	1,00	9,7	12	0,75	0	-25%	100%	vr	9,7	M	
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7 -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / estensione mammo diminuita. Estensione cervice e colon retto diminuiti ma sono circa al 100%												
				Per quanto riguarda l'estensione aggiustata è stata raggiunta per la ex 101 in tutti gli screening; per quanto riguarda l'estensione grezza si ricorda che l'estensione è biennale e quindi la valutazione deve essere fatta sui due anni. per il 2016 l'azien												
4 - Ob Az:							9,1								9,1	
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR019	Anticorruzione: formazione	> si/no	0,00	1,00	0,0	12								
		partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda -		Il corso anticorruzione per scelta aziendale è stato rinviato all'anno 2017.												
		IR172	Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		0,3	M	
		-		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY												
		IR246	Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		0,3	M	
		-		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
IR-SCREEN	IR-SCREENING	IR237	SCREENING: Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	> si/no	0,00	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	M	
		Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione entro il 28 febbraio -		valutaz. 2017-11-05												
4 - Ob Az: LABORATORIO							7,3								7,3	
P47O04	Armonizzazione del percorso degli screening	I-P47O04b	Qualità analitica screening - percentuale annuale di positività del test SOF per screening coloretale (4-6%)	> si/no	0,00	1,00	7,3	12	1,00	0	0%	100%		7,3	M	
		4 - 6% -		valutaz. 2017-11-05												
4 - Ob Az: PPR							8,5								8,5	
PPR-24	Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	i-PPR-24	Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	>	0,00	1,00	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	M	
				valutaz. 2017-11-05												
				N° di donne rispondenti a test HPV primario / N°totali di donne invitate al test (60%) -												
5 - Obiettivi QUALITA'							15,0								14,8	
5 - Obiettivi QUALITA'							15,0								14,8	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) -			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	4,6	12	3,00	0	0%	100%	3	4,6	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbal di tre incontri -			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			N impegni rispettati / impegni da rispettare -			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	2,3	12	60,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) -			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_INO	S.S.D. SCREENING (101)	Totale pesi		100,0	99,8
N9192					

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

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

UO/UF

102 424108

SC ONCOLOGIA (102)

EDI EDITTA BALDINI

SANDRA RICCI

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,7

8,7

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	2,2	12	95,55	16	19%	100%	3*	2,2	M		
				consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102									cts		
				l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto													
				B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	2,2	12	99,38	1	1%	100%	5*	2,2	cio
				problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 98,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts		
				B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	2,2	12	97,36	2	2%	100%	4*	2,2	M
				/ 95		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											
				B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	2,2	12	99,99	10	11%	100%	*	2,2	cio
				problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 90		fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102									cts		

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

15,3

13,9

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. / 120	136,32	120,00	2,2	12	126,60	7	6%	100%	4 *	2,2	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> % / 3	1,51	3,00	2,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,2	M	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC ONCOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO																
audit inviati dopo chiusura verifiche, non visualizzabili da gestionale rischio clinico per problemi di codifica ma supportati da schema rischio clinico e firme presenza																
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. / 6	3,24	6,00	2,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	1,1	cio cts	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC ONCOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	0,0	12					*		cio cts	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. / 85		85,00	0,0	12					*		cio cts	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										10,9	10,9
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)										
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12				0*	
					obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica						
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	10,9	12	796,00	-3	0%	100%	10,9
					Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere						
					i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO						

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.605.771,15	2.579.713,44	12,0	12	2.243.182,24	-336.531	-13%	100%	3	12,0	M	cio	
						<i>i farmaci oncologici sono praticamente tutti ospedalieri e in parte consegnati direttamente / Min(valore 2014;valore 2015-1%)</i>		<i>verifica del 2017-09-08 cdg H -</i>									cts
		Euro01a-F12a.25.1	% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr	1	1,1	cio	
						<i>al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %</i>		<i>dato calcolato a livello di Presidio Osp. Lucca</i>									
<i>parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta</i>																	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3	*	1,1	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO									

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	6,1	12	83,33	-7	-7%	93%		*	5,6	
			problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale; problema esenzioni: necessario che il paziente abbia già l'esenzione 048 assegnata dal clinico (chirurgo) che diagnostica il tumore / allineamento alla migliore performance delle ex asl			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC ONCOLOGIA (102)								
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	
			/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%. Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M
			/ si			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	cio
			/ si			VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								

4 - Ob Az: CONSULTORIO

P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07 Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione	> SI/N O	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		*	4,5	M
			/ si			valutaz. 2017-11-05								

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01 Definire le procedure condivise con ITT entro giugno	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione								
P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03 Definizione protocolli condivisi entro giugno	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso								

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

P39O04	Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04 Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05 Predisposizione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06 Nuovo regolamento entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato														
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07 compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili														
obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)														
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08 spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09 definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														
gom attivati da tempo														
		i-P39O09a Pazienti seguite in GOM / pazienti totali	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
valutaz. 2017-11-05														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
i responsabili richiedono di conoscere per tempo il cronoprogramma di aggiornamento delle procedure; necessaria integrazione organico / si														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

cio
cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
		i responsabili richiedono di conoscere per tempo il cronoprogramma di aggiornamento delle procedure; necessaria integrazione organico / si RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,8	cio cts
		/ 3 riunioni verbalizzate valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21												
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	cio cts
		/ 100 monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
		controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
		/ 60 Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 %

Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42410
8

SC ONCOLOGIA (102)

Totale pesi 100,0

97,1

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

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

102 424109

S.S. ACCOG.ZA ITT (102)

LUCIA TANGANELLI

SANDRA RICCI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,6

4,6

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,5	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,5	M	cio
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102									cts
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto															
B8.4.1			> %.	100,00	98,50	1,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,5	cio	
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)			problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 98,5			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts
B8.4.13			> N.		90,00	1,5	12	99,99	10	11%	100%	*	1,5	cio	
Qualità del flusso informativo SPA			problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 90			fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102									cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,8

19,7

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,5	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,5	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. ACCOG.ZA ITT (102) - fascia relativa alla Ausl TNO															
audit inviati dopo chiusura verifiche, non visualizzabili da gestionale rischio clinico per problemi di codifica ma supportati da schema rischio clinico e firme presenza															
<hr/>															
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,5	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,8	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. ACCOG.ZA ITT (102) - fascia relativa alla Ausl TNO															
<hr/>															
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.		85,00	0,0	12						*	cio
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
<hr/>															
		C6.5.7	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.		90,00	1,5	12	90,00	0	0%	100%	*	1,5	cio
non applicabile la stu. Hanno un programma informatizzato ad hoc / 90															
valutaz. 2017-11-05															
<hr/>															
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,5	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
<hr/>															
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	7,6	7,6
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	11,2
--------------------------------	-------------	-------------

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

3 - Obiettivi REGIONALI	12,6	12,6
-------------------------	------	------

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az.)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	7,0	12	100,00	10	11%	100%	*	7,0		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. ACCOG.ZA ITT (102)
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no / n. branche specialistiche riorganizzate > 3	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY
4 - Ob Az: ONCOLOGIA					22,4							22,4		
P39O01	<u>Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)</u>	i-P39O01 Definire le procedure condivise con ITT entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione
P39O03	<u>Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O03 Definizione protocolli condivisi entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso
P39O04	<u>Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O04 Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso
P39O05	<u>Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT</u>	i-P39O05 Predisposizione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso
P39O06	<u>Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche</u>	i-P39O06 Nuovo regolamento entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato
P39O07	<u>Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result</u>	i-P39O07 compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione
2015 **2016** 2016

P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08 spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica	> %	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09 definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														
		i-P39O09a Pazienti seguite in GOM / pazienti totali	> si/no	0,00	1,00	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M
gom attivati da tempo valutaz. 2017-11-05														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %. / si	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %. i responsabili richiedono di conoscere per tempo il cronoprogramma di aggiornamento delle procedure / si	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	*	5,8	cio cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. / 100	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

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

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

102_42410
9

S.S. ACCOG.ZA ITT (102)

Totale pesi 100,0

93,0

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

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

UO/UF

102_424110 **SS ONCOEMATOLOGIA (102)**

ALESSANDRO MELOSI

SANDRA RICCI

1 - Obiettivi MeS**35,0****31,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****5,6****5,6**

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,4	12	95,55	16	19%	100%	3 *	1,4	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102										cts
		l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto													
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	1,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,4		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 98,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,4	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		B8.4.13	> N.		90,00	1,4	12	99,99	10	11%	100%	*	1,4		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 90		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102										cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**22,4****18,7**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	1,4	12	126,60	7	6%	100%	4 *	1,4	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		/ 120		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,4	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,6		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 3		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SS ONCOEMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,4	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,7		cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SS ONCOEMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		/ 85		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		/ 85		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	90,00	1,4	12	90,00	0	0%	100%	*	1,4		
			non applicabile la stu. Hanno un programma informatizzato ad hoc / 90			valutaz. 2017-11-05								
<hr/>														
C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti			< % / 3	2,42	3,00	1,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,4	
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											
<hr/>														
C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)			> N. / 100	83,33	100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,4	M
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											
			gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	14,0	12	2,55	0	-15%	85%	*	11,9		
			nessuna attinenza con gli indicatori regionali. Solo in misura molto molto limitata, prescrizione di morfina. / rispetto obiettivi regione			il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36											cts
		E3	< %.	815,00	799,00	7,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	7,0	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI													15,0	14,3	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.195.472,84	1.183.518,11	12,0	12	1.019.161,27	-164.357	-14%	100%	3 *	12,0	M	cio
i farmaci oncologici sono praticamente tutti ospedalieri e in parte consegnati direttamente / Min(valore 2014;valore 2015-1%)															cts
verifica del 2017-09-08 cdg H -															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3	1,1	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO								

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

35,0

3 - Obiettivi REGIONALI

24,2

24,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	13,5	12	100,00	10	11%	100%	*	13,5	
			problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale; problema esenzioni: necessario che il paziente abbia già l'esenzione 048 assegnata dal clinico (chirurgo) che diagnostica il tumore / allineamento alla migliore performance delle ex asl			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SS ONCOEMATOLOGIA (102)							

RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no / n. branche specialistiche riorganizzate > 3	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%. Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del	/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
		cts													

RT5b	> si/no	1,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

10,8

10,8

P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05 Predisposizione di un documento condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														

P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07 compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili														

obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)

P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08 spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	/ si											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	i responsabili richiedono di conoscere per tempo il cronoprogramma di aggiornamento delle procedure / si											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 %

Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42411
0

SS ONCOEMATOLOGIA (102)

Totale pesi 100,0

95,4

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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103320

UO ONCOLOGIA (105)

6

ALLEGRI GIACOMO

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

12,0

11,4

B20.a	<u>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</u>	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12					2 *			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
non pertinente														
B5	<u>Estensione ed adesione allo screening</u>	B5.3.1 Estensione corretta dello screening coloretale	> %.	99,95	100,00	0,9	12	96,01	-4	-4%	40%	4 *	0,3	cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
ERRORE FRA LA SCHEDA PDF E IL FILE XLS														
B8	<u>Gestione Dati</u>	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,9	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,9	M cio cts
consuntivo 2015 fonte MES														
mail MP del 2017-09-27														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	8,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,5	cio cts
consuntivo da verificare														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,9	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale
va tolto errore														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,9	12	97,15	7	8%	100%		0,9	cio cts
fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,8

16,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	140,53	120,00	0,9	12	124,72	5	4%	100%	5 *	0,9	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era									
		C5.1e	< N.	9,51	7,31	0,0	12	9,26	2	27%	31%	2 *	0,0	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \									
annullato in quanto non pertinente all'attività del servizio														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ago 2015	0,54	0,54	0,9	12	0,39	0	-28%	100%	4 *	0,9	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %. consuntivo da verificare	62,03	77,80	0,0	12					3 *			cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
vanno totti in quanto sono errori di attribuzione															
		C11a.1.2b % residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %. consuntivo da verificare	49,73	68,40	0,0	12					3 *			cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
vanno totti in quanto sono errori di attribuzione															
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> % consuntivo da verificare	53,95	68,55	0,0	12					1 *			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
errore in quanto non attribuibile															
		C11a.1.4 % residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> % consuntivo da verificare	50,09	63,85	0,0	12					1 *			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
errore in quanto non attribuibile															
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %. consuntivo da verificare	56,05	75,57	0,0	12					2 *			cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
errore non attribuibile															
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> % consuntivo da verificare	61,91	74,61	0,0	12					3 *			
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
errore non attribuibile															
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< % Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare	0,00	0,00	0,9	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,9		
fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo UO ONCOLOGIA (105)															
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %. Gen-Ago 2015	0,88	0,74	0,9	12	1,35	1	81%	75%	vr 4 *	0,6		cio
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \															
dato di presidio non completamente rappresentativo dell'attività della unità operativa, si valuta un parziale raggiungimento dell'obiettivo															
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %. Gen-Ago 2015	88,57	72,55	0,0	12	80,60	8	11%	100%	3 *	0,0		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
annullato in quanto non pertinente all'attività del servizio															
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> % Gen-Ago 2015	77,71	95,14	0,0	12					0 *			cio
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \															
non pertinente in quanto non ci sono pl															
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N. Consuntivo 2015	2,97	1,94	0,9	12	2,92	1	51%	35%	3 *	0,3	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
non pertinente															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 % Valutazione

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-0,58	-0,58	0,0	12	-0,34	0	-42%	75%	vr	3	*	0,0	cio
Indice di performance degenza media - DRG Medici																cts
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \																
annullato in quanto non pertinente all'attività del servizio																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,7	12	3,00	0	0%	100%		4	*	1,7	M cio
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ONCOLOGIA (105) - fascia relativa alla Ausl TNO																
corretto errore materiale nell'imputazione, erano stati caricati all'Hospice																
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,7	12	12,00	6	100%	100%		5	*	1,7	M cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ONCOLOGIA (105) - fascia relativa alla Ausl TNO																
corretto errore materiale nell'imputazione, erano stati caricati all'Hospice																
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12							*		cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere																cts
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							*		cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere																cts
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,9	12	88,20	8	10%	100%		4	*	0,9	cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore																
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,9	12	2,66	0	-11%	100%		3	*	0,9	cio
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%		4	*	0,9	M cio
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																cts
Anno 2014. Budget da definire																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)																
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	8,5	12	2,55	0	-15%	85%			*	7,2	
Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica																
come da DGRT																
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica																
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						4,3										4,3
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0	*		cio
Percentuale di assenza																cts
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere																
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	4,3	12	796,00	-3	0%	100%	*	4,3	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,1

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,1

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.519.427,36	1.504.233,09	13,3	12	1.888.195,39	383.962	26%	30%	3	*	4,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H -							
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	0,0	12	95,64	-4	-4%	100%	3	*	0,0	cio
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD													
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %				dato calcolato a livello di Presidio Osp. Pontedera							
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	1,7	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,1	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD													
				almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %				annullato in quanto non pertinente all'attività del servizio dato calcolato a livello di Ausl NO							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

35,0

3 - Obiettivi REGIONALI

24,7

24,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %		90,00	8,2	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	* 8,2	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO ONCOLOGIA (105)
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)												da aggiornare pre-consuntivo
		RT13	> si/no	1,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,6	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)												
		RT14	> si/no		1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,3	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	8,2	12	1,00	0	0%	100%		8,2	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		3,3	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
4 - Ob Az: ONCOLOGIA														
10,3														
P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
Definire le procedure condivise con ITT entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione														
P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
Definizione protocolli condivisi entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O04	Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M
Predisposizione di un documento condiviso entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M
Nuovo regolamento entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato														
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							
compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili														
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08	> %	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%		4,0	M
spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09	> si/no	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8	M
definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														
gom attivati da tempo														
4 - Ob Az: PS														
0,0														
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track...trriage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo	i-P07O04	> %	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%		0,0	M
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

indicatore annullato per il dipartimento oncologico

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).												
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)												
		Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta												
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2015 **2016** **2016** % Valutazione

ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12											
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)														
		Q06	> %	1,00	0,0	12											
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)														

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget 2016	* Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost. %	Valutazione
--------------------	----------------	--------	------	--------------------	-------------	-------------	-------------

Pesi	
p1	P2

Valutazione	
p1	P2

105_BD10
33206

UO ONCOLOGIA (105)

Totale pesi 100,0

87,3

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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HL08CO
R

U.O.S.D. C.O.R.A.T. (106)

ALESSANDRO COSIMI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

26,8

19,1

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	3,3	12	99,70	0	0%	100%	5 *	3,3	M	cts	
			Estensione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
			B5.1.2		> %.	74,97	80,00	3,3	12	74,65	-5	-7%	30%	3 *	1,0	
			Adesione corretta dello screening mammografico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
			B5.2.1		> %.	102,73	95,39	3,3	12	101,48	6	6%	100%	5 *	3,3	cio
			Estensione corretta dello screening della cervice uterina		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								cts	
			B5.2.2		> %.	55,94	60,00	3,3	12	52,47	-8	-13%	20%	2 *	0,7	
			Adesione corretta dello screening cervice uterina		consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
			B5.3.1		> %.	99,95	100,00	3,3	12	100,62	1	1%	100%	5 *	3,3	M
			Estensione corretta dello screening colorettaile		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								cts	
			B5.3.2		> %.	46,81	70,00	3,3	12	50,65	-19	-28%	17%	1 *	0,5	M
			Adesione corretta dello screening colorettaile		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
			la struttura lavora sull'estensione per l'adesione è relaticamente influente													
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,1	12	86,83	7	9%	100%	3 *	1,1	M	cio	
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106								cts	
			l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto													
			B8.4.1		> %.	100,00	98,50	5,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,5	cio
			Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts	
			B8.4.13		> N.		90,00	0,5	12	96,33	6	7%	100%		0,5	cio
			Qualità del flusso informativo SPA				fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106								cts	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						4,9									4,4	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio	
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.S.D. C.O.R.A.T. (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,1	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,5	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale												cts
		C6.5.7	> N.	66,67	90,00	0,5	12	90,00	0	0%	100%	*	0,5	M cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale												cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,5	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti												cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)												cts

dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.S.D. C.O.R.A.T. (106) - fascia relativa alla Ausl TNO

consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016

consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016

consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016

Anno 2014. Budget da definire

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza												cts
		E3	< %	815,00	799,00	3,3	12	796,00	-3	0%	100%	*	3,3	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €	73.964,78	73.225,13	12,0	12	26.935,09	-46.290	-63%	100%	3 *	12,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts
		Euro01a-F12a.25.2	> %		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,0	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD												

almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %

dato calcolato a livello di Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0 32,8

3 - Obiettivi REGIONALI

35,0 32,8

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%		8,7	M	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
PPR-22	Aumentare i livelli di estensione dei programmi di screening oncologico per il tumore alla mammella, della cervice, del colon retto nelle AUSL della Toscana	i-PPR22	> %	0,00	1,00	8,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	6,6	M	cts
Estensione grezza e corretta dei programmi di screening oncologico															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / estensione mammo diminuita. Estensione cervice e colon retto diminuiti ma sono circa al 100%															
		i-PPR22a	> si/no	0,00	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%	*	8,7	M	
Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
PPR-24	Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	i-PPR24	> %	0,00	1,00	0,0	12					*			
Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile															
		i-PPR24a	> si/no	0,00	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%	*	8,7	M	
Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,6

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7		cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									cts
<hr/>															
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7		cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									cts
<hr/>															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,7	12	4,00	1	33%	100%	3	*	2,7	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 10/08/2017 (personale medico) - (mail AC del 2017-08-10 verbali in atti UO)									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	4,1	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,7	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	1,4	12	60,00	0	0%	100%	*	1,4		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*			
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)													
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*			
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL08	U.O.S.D. C.O.R.A.T. (106)	Totale pesi		100,0	88,2
COR					

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

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

UO/UF

106_HL08EM

EMATOLOGIA A VALENZA AZIENDALE (106)

A

ENRICO CAPOCHIANI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,0

9,0

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,2	12	86,83	7	9%	100%	3 *	1,2	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										cts
		l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto													
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,3	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,3		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,2	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												
		B8.4.13	> N.		90,00	1,2	12	96,33	6	7%	100%	*	1,2		cio
		Qualità del flusso informativo SPA			fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106										cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,0

18,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	133,64	120,00	1,2	12	123,41	3	3%	100%	5 *	1,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								
		C5.1e	< N.	9,14	7,31	0,0	12	9,20	2	26%	20%	2 *	0,0	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \ \								
		noi abbiamo riammissioni obbligate entro 30 giorni per necessità di ritrattamento entro 30 giorni per necessità di ritrattamento, tanto che in sede di negoziazione budget era stato preso l'impegno di togliere questo indicatore in quanto inappropriato												
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	1,2	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	1,2	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Ematologia										
		C14.4	< %.	0,00	2,02	1,2	12	1,05	-1	-48%	100%	1 *	1,2	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA								
		C4.9	> %.	88,57	76,45	1,2	12	79,41	3	4%	100%	3 *	1,2	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza												cts
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										
				obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
		E3	< %.	815,00	799,00	5,0	12	796,00	-3	0%	100%		5,0	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										
				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.171.414,28	2.149.700,14	12,0	12	2.605.510,99	455.811	21%	30%	3*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts
		Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2*	1,1	cio	
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD		al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno							
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3*	1,0	cio	
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD		almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,5	12	100,00	10	11%	100%		5,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)											
				da aggiornare pre-consuntivo									
				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di EMATOLOGIA A VALENZA AZIENDALE (106)									
		RT14	> si/no	1,00	3,3	12	0,20	-1	-80%	20%		0,7	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)											
				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** % Valutazione

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT18	> si/no	1,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												valutaz. 2017-11-05
		RT7	> si/no		1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,5	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7): secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio												cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: ONCOLOGIA						15,2							15,2	
P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,4	M cio
		Definire le procedure condivise con ITT entro giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione
P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M
		Predisposizione di un documento condiviso entro giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M
		Nuovo regolamento entro giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		
		compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili
														obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08	> %	0,00	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,3	M
		spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,8	
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,8	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						mail EC 2017-10-26 monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)			Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12								
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)											

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo 2015	Budget 2016	* Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost. %	Valutazione
--------------------	----------------	--------	------	--------------------	-------------	-------------	-------------

Pesi	
p1	P2

Valutazione	
p1	P2

106_HL08
EMA

**EMATOLOGIA A VALENZA
AZIENDALE (106)**

Totale pesi 100,0

85,7

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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HL08ON

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

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS					35,0						33,1					
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI					8,7						8,7					
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	86,83	7	9%	100%	3 *	1,2	M	cio
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,1	cio	cts
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	1,2	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,2	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,2	12	96,33	6	7%	100%	*	1,2	cio	cts
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA					21,5						19,6					
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	1,2	12	123,41	3	3%	100%	5 *	1,2	M	
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	6,04	7,31	1,2	12	6,91	0	-5%	100%	2 *	1,2		
consuntivo da verificare																
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA																
C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	1,2	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	1,2		
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Oncologia																
		C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	0,93	2,02	1,2	12	1,47	-1	-27%	100%	1 *	1,2	cio	
Gen-Ago 2015																
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA																
		C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	1,2	12	79,41	3	4%	100%	3 *	1,2		
Gen-Ago 2015																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,57	0,40	2,5	12	-1,69	-2	-523%	100%	1 *	2,5	M	cio
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										4,8	4,8
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12			0*	
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica					

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	4,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	4,8	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,7

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,7

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	5.597.922,00	5.541.942,78	12,0	12	5.951.738,14	409.795	7%	30%	3	*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H -							
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2	*	1,1	cio
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD													
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %				dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno							
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD													
				almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %				dato calcolato a livello di Ausl NO							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

32,3

3 - Obiettivi REGIONALI

17,6

14,9

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	5,1	12	76,92	-13	-15%	85%		4,3	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. ONCOLOGIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)
	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo											
		RT14	> si/no		1,00	2,5	12	0,20	-1	-80%	20%		0,5	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												
		RT18	> si/no	1,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	valutaz. 2017-11-05
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	5,1	12	1,00	0	0%	100%		5,1	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
4 - Ob Az: CONSULTORIO						0,0								
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	12							
Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile, obiettivo riproposto per il 2017														
						non pertinente								
4 - Ob Az: ONCOLOGIA						17,4	17,4							
P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
Definire le procedure condivise con ITT entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione														
P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
Definizione protocolli condivisi entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O04	Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
Predisposizione di un documento condiviso entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
Nuovo regolamento entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato														
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							
compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili														
obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)														
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08	> %	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	M
definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														
gom attivati da tempo														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							*	
		Pazienti seguite in GOM / pazienti totali		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato è disponibile solo per Pontedera, si propone non valutabile											

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).										cts
					</									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2015 **2016** 2016 % Valutazione

ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12											
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)														
		Q06	> %	1,00	0,0	12											
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)														

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HL08
ONC

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

Totale pesi 100,0

85,9

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

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

UO/UF

106_HL08RO
D

U.O. CORD LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)

ROBERTA DI MARSICO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS		35,0	32,5
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI		8,8	8,8
B8	Gestione Dati		
B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70
		consuntivo 2015 fonte MES	80,00
		1,1	12
		86,83	7
		9%	100%
		3 *	1,1
		M	
		cio	
		cts	
		l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto	
B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00
		consuntivo da verificare	98,50
		4,6	12
		99,38	1
		1%	100%
		5 *	4,6
		cio	
		cts	
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	
B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	90,00
		3,1	12
		96,33	6
		7%	100%
		*	3,1
		cio	
		cts	
		fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA		23,0	20,4
C6c	Rischio Clinico		
C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51
		3,3	12
		2,00	-1
		-33%	73%
		4 *	2,4
		M	
		cio	
		cts	
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O. CORD LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO	
C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24
		3,3	12
		1,00	-5
		-83%	50%
		5 *	1,6
		cio	
		cts	
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O. CORD LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO	
C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20
		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	80,00
		4,4	12
		88,20	8
		10%	100%
		4 *	4,4
		cio	
		cts	
		Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	
C6.5.7	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67
		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	90,00
		4,4	12
		90,00	0
		0%	100%
		*	4,4
		M	
		cio	
		cts	
		valutaz. 2017-11-05	
C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42
		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016	3,00
		4,4	12
		2,66	0
		-11%	100%
		3 *	4,4
		cio	
		cts	
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	3,3	12	100,00	0	0%	100%	4 *	3,3	M	cio
			Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts

E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	3,3	12	796,00	-3	0%	100%		*	3,3	M	cio
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.282,10	2.259,28	15,0	12	2.538,23	279	12%	100%	vr	3 *	15,0	cio
			tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA		verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts

RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT14	> sì/no		1,00	6,0	12	0,20	-1	-80%	20%		*	1,2	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
<hr/>															
		RT18	> sì/no	1,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		*	6,0	valutaz. 2017-11-05
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no	1,00	4,9	12	1,00	0	0%	100%	*	4,9	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio													
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)													

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0	M	cio
Definire le procedure condivise con ITT entro giugno															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione															

P39O09	<u>Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)</u>	i-P39O09	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		6,0	M
definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														

gom attivati da tempo

i-P39O09a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							*	
Pazienti seguite in GOM / pazienti totali													
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato è disponibile solo per Pontedera, si propone non valutabile													

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 -			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si									cts

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

Q01a	> %.	100,00	100,00	2.3	12	100,00	0	0%	100%	*	2.3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e <i>aggiornamento e invio dati correlati ai</i> <i>RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del</i>												

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	5,8	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico) (mail MGR del 2017-02-06)									cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico) (mail MGR del 2017-02-06)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													cts
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*			
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)													
		Q06	> %		1,00	0,0	12					*			
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HL08
ROD

U.O. CORD LIVORNO
VALENZA AZIENDALE (106)

Totale pesi 100,0

92,4

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

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

UO/UF

112_47L5 **ONCOLOGIA MEDICA (112)**

DOMENICO AMOROSO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****28,9****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,9****6,9**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.1.1	> %.	97,26	100,00	1,1	12	102,66	3	3%	100%	5 *	1,1	M
Estensione corretta dello screening mammografico														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
cts														
B5.1.2														
Adesione corretta dello screening mammografico														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
la struttura lavora sull'estensione per l'adesione è relaticamente influente														
B5.2.1														
Estensione corretta dello screening della cervice uterina														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
cts														
B5.2.2														
Adesione corretta dello screening cervice uterina														
consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
la struttura lavora sull'estensione per l'adesione è relaticamente influente														
B5.3.1														
Estensione corretta dello screening coloretale														
Anno 2014 (verificare dato Viareggio)														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
cts														
B5.3.2														
Adesione corretta dello screening coloretale														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia														
la struttura lavora sull'estensione per l'adesione è relaticamente influente														
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,1	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,3	cio
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale														
consuntivo 2015 fonte MES														
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112														
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto														
B8.4.1														
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)														
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
cts														
B8.4.11														
Qualità del flusso informativo SDO														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
M														
B8.4.13														
Qualità del flusso informativo SPA														
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112														
cts														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**23,0****21,0**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 % Valutazione

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	127,93	120,00	3,3	12	121,51	2	1%	100%	5 *	3,3	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
		C5.1e	< N.	18,68	7,31	1,1	12	12,21	5	67%	97%	4 *	1,1	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	4,4	12	0,00	0	-100%	100%	4 *	4,4	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare											fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale Unico "Versilia" - Oncologia
		C14.4	< %	2,81		2,2	12	2,76			100%	2 *	2,2	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \
		C4.9	> %	88,57	80,49	1,1	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,2	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-0,08	-0,19	4,4	12	0,14	0	-175%	75%	vr 2 *	3,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
														dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	1,1	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,1	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 2016 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1	1,1	cio	
						valutaz. 2017-11-05							cts	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3	1,1	cio
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4	1,1	M cio
				Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts	
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0	*		cio	
		Percentuale di assenza		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts		
		E3	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		*	1,1	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO								cts		

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	2.534.167,18	2.508.825,51	10,0	12	2.450.394,80	-58.431	-2%	100%	3	10,0	M	cio
				importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	2,5	12	88,04	-12	-12%	100%	3	2,5		cio
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Presidio Osp. Versilia								
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	2,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	1,7		cio
				almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,2	12	20,00	-70	-78%	50%	vr	0,6	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ONCOLOGIA MEDICA (112)
														valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)
		RT14	> si/no		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT18	> si/no	1,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	valutaz. 2017-11-05
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).												
		RT7	> si/no		1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio												cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												M cio
														cts

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione
		Definire le procedure condivise con ITT entro giugno												M cio
P39O02	Costituire UFA a Pontedera (ottimizzare la produzione di antitumorali)	i-P39O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'UFA a Pontedera non è stata costituita. Il Dip. Farmaco propone di annullare l'obiettivo
		Costituire UFA a Pontedera (ottimizzare la produzione di antitumorali)	Area medica											obt non attribuibile sbagliato
P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso
		Definizione protocolli condivisi entro giugno	Area medica											M
P39O04	Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso
		Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno	Area medica											M

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

P39O05	Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT	i-P39O05 Predisposizione di un documento condiviso entro giugno	> si/no Area medica	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso														
P39O06	Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche	i-P39O06 Nuovo regolamento entro giugno	> si/no Area medica	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato														
P39O07	Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result	i-P39O07 compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)	> si/no Area medica	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili														
obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)														
P39O08	Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI	i-P39O08 spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica	> % Area medica	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina														
P39O09	Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)	i-P39O09 definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno	> si/no Area medica	0,00	1,00	3,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto														

4 - Ob Az: PPR

PPR-22	Aumentare i livelli di estensione dei programmi di screening oncologico per il tumore alla mammella, della cervice, del colon retto nelle AUSL della Toscana	i-PPR-22	>	0,00	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%		0,3	M
		Estensione grezza e corretta dei programmi di screening oncologico	Area medica	Valutato lo stato dell'arte su tutta l'azienda . Una volta stabiliti i livelli organizzativi della nuova Azienda nella seconda parte dell'anno implementeremo se necessario nuovi percorsi										
		i-PPR-22a	>	0,00	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,3	M
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	Area medica	Valutato lo stato dell'arte su tutta l'azienda . Una volta stabiliti i livelli organizzativi della nuova Azienda nella seconda parte dell'anno implementeremo se necessario nuovi percorsi										
PPR-24	Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	i-PPR-24	>	0,00	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%		0,3	M
		Implementazione del test HPV di screening primario nelle donne 34-64 anni	Area medica	Valutato lo stato dell'arte su tutta l'azienda . Una volta stabiliti i livelli organizzativi della nuova Azienda nella seconda parte dell'anno implementeremo se necessario nuovi percorsi										
		i-PPR-24a	>	0,00	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,3	M
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	Area medica	Valutato lo stato dell'arte su tutta l'azienda . Una volta stabiliti i livelli organizzativi della nuova Azienda nella seconda parte dell'anno implementeremo se necessario nuovi percorsi										

5 - Obiettivi QUALITA'

						15,0									14,7
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									14,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,7	12	70,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre);											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,7	12	100,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	3	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,5	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												cts
		Q03	> %		100,00	1,4	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)											cts
		Q04	> %		60,00	2,7	12	60,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)											cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)											

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12								
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)											

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

112_47L5

ONCOLOGIA MEDICA (112)

Totale pesi

100,0

89,1

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

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

UO/UF

112_97L5 **EMATOLOGIA (112)**

ALESSANDRO STEFANELLI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****25,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,5****3,6**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	>	%.	4,00	0,0	12					2 *			
Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione															
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.															
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
estrapolare il dato della struttura															
B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	82,70	80,00	1,3	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,4	
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale															
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112															
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto															
		B8.4.1	>	%.	100,00	98,50	1,3	12	99,38	1	1%	100%	5 *	1,3	
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)															
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	>	N.	96,66	95,00	1,3	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,3	M
Qualità del flusso informativo SDO															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.12	>	%.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi															
obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale															
va tolto errore															
		B8.4.13	>	N.		90,00	0,6	12	99,53	10	11%	100%		0,6	
Qualità del flusso informativo SPA															
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**29,2****20,8**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	127,93	120,00	1,3	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1,3	M
Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								
		C5.1e	< N.	7,86	7,31	2,6	12	8,01	1	10%	40%	4 *	1,0	
Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa			consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \								
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	1,3	12	0,65	0	20%	0%	1 *	0,0	cio
Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	72,07	77,80	0,0	12					3 *		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	60,89	68,40	0,0	12					3 *		cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare											
Efficacia Assistenza patologie croniche		C11a.1.3	> %	53,95	70,65	0,0	12					1 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare											
		C11a.1.4	> %	50,09	70,00	0,0	12					2 *		
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare											
		C11a.2.2	> %.	56,05	76,41	0,0	12					3 *		cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare											
		C11a.5.1	> %	61,91	62,99	0,6	12	63,92	1	1%	100%	3 *	0,6	M
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare											
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	1,3	12	0,00	0	-100%	100%	4 *	1,3	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare											
		C14.4	< %.	2,81		1,3	12	2,76			100%	2 *	1,3	M cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
		C4.9	> %.	88,57	80,49	2,6	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,5	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	88,17	95,00	1,3	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,3	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	Gen-Ago 2015											cts
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	3,60	1,94	0,0	12					2 *		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-0,08	-0,19	2,6	12	0,14	0	-175%	75%	2 *	1,9	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost.Scost. %	Valutazione
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

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

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0	*						
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,3	12	796,00	-3	0%	100%		*	1,3						
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO													

15,0	6,1
------	-----

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

6,1

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.462.041,00	2.437.420,59	12,0	12	3.435.308,86	997.888	41%	30%	3	*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA												cts
			verifica del 2017-09-08 cdg H -												
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	1,5	12	88,04	-12	-12%	100%	3	*	1,5	cio
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %												
			dato calcolato a livello di Presidio Osp. Versilia												
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %												
			dato calcolato a livello di Ausl NO												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,5

3 - Obiettivi REGIONALI

35,0

31,5

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	7,0	12	14,78	-75	-84%	50%	vr	*	3,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo												
			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 112 a dicembre 2016)												
			valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)												
		RT13	> si/no	1,00	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%		*	7,0	
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.												
		RT14	> si/no		1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%		*	7,0	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
		RT2	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): standardizzazione della lettera di dimissione ospedaliera per permetterne l'alimentazione del FSE	obiettivo sospeso - da verbale RT all'incontro del 18 novembre												
			indicatore annullato con redistribuzione del peso sugli altri indicatori dell'are strategica												

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2015 **2016** 2016 % **Valutazione**

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%	*	7,0	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio													
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)													

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%	*	7,0	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

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

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track...triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo)	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,0	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

indicatore annullato per il dipartimento oncologico

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									14,9
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0									14,9

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3.2	12	70,00	0	0%	100%	*	3.2	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre);			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									cts

Q01a	> %.	100,00	100,00	3.2	12	100,00	0	0%	100%	*	3.2	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)													cts
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)													
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.													

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.		3,00	3,7	12	3,00	0	0%	100%	3 *	3,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)								cts
<hr/>															
		Q02a	>	N.	0,00	90,00	1,2	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,1	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)					monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %	60,00	2,5	12	60,00	0	0%	100%	*	2,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)				Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						
		Q06	> %	1,00	0,0	12					*		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)				verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica						

112_97L5

EMATOLOGIA (112)

Totale pesi **100,0**

78,2

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

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

D04B

AREA RADIOTERAPIA

Responsabile: Manrico Bosio

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FON912
2

RADIOTERAPIA (101)

ANGIOLO TAGLIAGAMBE

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,2

10,2

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	3,4	12	87,69	8	10%	100%	3*	3,4	M	cio
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			0,8 -	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101											
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto															
B8.4.1			> %.	100,00	98,50	3,4	12	99,38	1	1%	100%	5*	3,4	cio	
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)			0,985 -	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											
B8.4.13			> N.		90,00	3,4	12	98,40	8	9%	100%	*	3,4	cio	
Qualità del flusso informativo SPA			0,9 -	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,3

19,0

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	> N. 0,217124289195776 -	0,22	3,4	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	3,4		
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3 -	1,51	3,00	3,4	12	3,00	0	0%	100%	4 *	3,4	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIOTERAPIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. 6 -	3,24	6,00	3,4	12	4,00	-2	-33%	78%	5 *	2,6	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo RADIOTERAPIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N. >=85 -	68,00	85,00	0,0	12					*		
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 -	2,42	3,00	3,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	3,4	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 -	83,33	100,00	3,4	12	100,00	0	0%	100%	4 *	3,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche:(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA	3,4	1,2
---	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI		10.0	10.0
--------------------------------	--	-------------	-------------

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	40.0	40.0
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	5,9	5,9
-------------------------	-----	-----

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale.	- rispetto obiettivi contenuti nel piano	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											cts

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione

[illegible]

4 - Ob Az: ONCOLOGIA

P39O03	<u>Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O03 Definizione protocolli condivisi entro giugno	> sì/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,5	M
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso							
P39O04	<u>Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)</u>	i-P39O04 Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno	> sì/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,5	M
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso							
P39O06	<u>Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche</u>	i-P39O06 Nuovo regolamento entro giugno	> sì/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,5	M
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato							
P39O07	<u>Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result</u>	i-P39O07 compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%)	> sì/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili							
							obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)							
P39O08	<u>Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI</u>	i-P39O08 spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica	> %	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,5	M
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina							
P39O09	<u>Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, disgerente inferiore, urologici e ginecologici)</u>	i-P39O09 definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno	> sì/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,5	M
							Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto							

4 - Ob Az: RADIOTERAPIA

P40001	<u>Approfondire la tematica della spesa dei TRASPORTI per radioterapia e strutturare una proposta organizzativa</u>	i-P40001	> si/no	0,00	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4	M
		Elaborazione proposta organizzativa condivisa entro il 30/04			- Ricognizione organizzativa e formulazione di proposta condivisa entro il 30/04/2016		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P40O02	Approfondire il quadro conoscitivo relativo alla TOMOTERAPIA di Lucca: liste di attesa e utilizzo della macchina. (portare il tema al tavolo di Area Vasta e confronto con Area Vasta Centro)	i-P40O02 Effettuazione analisi liste di attesa e carico di lavoro per elaborazione progetto con estensione alla AOUP	> si/no - Effettuazione analisi liste di attesa e carico di lavoro per elaborazione progetto con estensione all'AOPI	0,00 1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P40O03	Strutturare una proposta condivisa per omogeneizzare i protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa. (Quali percorsi)	i-P40O03 Elaborazione protocolli standardizzati	> N. - Ricognizione ed elaborazione di proposta armonizzante	0,00 1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %. - aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	100,00 100,00	2,1	12	100,00	0	0%	100%	*	2,1	cio	cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. - verbali di tre incontri	3,00	4,7	12	0,00	-3	-100%	30%	*	1,4	cio	cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. - N impegni rispettati / impegni da rispettare	0,00 90,00	2,4	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M	cio
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % - 100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)	100,00	3,5	12	100,00	0	0%	100%	*	3,5	cio	cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % - 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	60,00	2,4	12	60,00	0	0%	100%	*	2,4	cio	cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

101_1FON
9122

RADIOTERAPIA (101)

Totale pesì 100,0

93,1

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

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

UO/UF

102_424112 **S.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA (102)**

MARCELLO MIGNOGNA

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

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	2,9	12	95,55	16	19%	100%	3 *	2,9	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102										cts
l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto															
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	2,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	2,9		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		B8.4.13	> N.		90,00	2,9	12	99,99	10	11%	100%		2,9		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	problema assenza prestazioni di radioterapia nel catalogo regionale. / 90		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102										cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**11,7****11,7**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,9	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,9	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 3	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										cts
<hr/>															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,9	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,9	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										cts
<hr/>															
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	12					*			cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		/ 85	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
<hr/>															
		C6.6	< %	2,42	3,00	2,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	2,9		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		/ 3	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
<hr/>															
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	2,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	2,9	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		/ 100	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
<hr/>															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA**14,6****14,6**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
		Percentuale di assenza		/ 6,36		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	14,6	12	796,00	-3	0%	100%	*	14,6	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts	
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,9

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,9

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	56.463,47	55.898,84	12,0	12	66.326,84	10.428	19%	30%	3	*	3,6	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			i farmaci oncologici sono praticamente tutti ospedalieri e in parte consegnati direttamente / Min(valore 2014;valore 2015-1%)			verifica del 2017-09-08 cdg H -							cts	
<hr/>																
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		3,0	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3	*	2,3	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD			almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO								

parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

29,9

3 - Obiettivi REGIONALI

21,3

16,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	11,5	12	50,00	-40	-44%	56%	*	6,4		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)													
				/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA (102)							
		RT14	> si/no		1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
				/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)							
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si											cts	
				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	cio	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si											cts	
				VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY											

4 - Ob Az: RADIOTERAPIA

13,7

13,7

P40001	Approfondire la tematica della spesa dei TRASPORTI per radioterapia e strutturare una proposta organizzativa	i-P40001	> si/no	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M	cts
		Elaborazione proposta organizzativa condivisa entro il 30/04													
				Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

P40O02	<u>Approfondire il quadro conoscitivo relativo alla TOMOTERAPIA di Lucca: liste di attesa e utilizzo della macchina. (portare il tema al tavolo di Area Vasta e confronto con Area Vasta Centro)</u>	i-P40O02	> si/no	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P40O03	<u>Strutturare una proposta condivisa per omogeneizzare i protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa. (Quali percorsi)</u>	i-P40O03	> N.	0,00	1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	M	cts
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio	cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															

GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).

Q01a
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)
i responsabili richiedono di conoscere per tempo il cronoprogramma di aggiornamento delle procedure / si

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	5.8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	5.8	cio	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e / 3 riunioni verbalizzate condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate) <i>valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21</i>															cts

Q02a
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)
/ 100

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

Q03
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta
controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si

UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

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

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42411
2

**S.C. RADIOTERAPIA
ONCOLOGICA (102)**

Totale pesi 100,0

85,5

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

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

UO/UF

106 HL08RTE

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

MANRICO BOSIO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,5

8,5

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,3	12	86,83	7	9%	100%	3*	1,3	M	cio											
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale															consuntivo 2015 fonte MES	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										
															l'universo del calcolo dell'indicatore è troppo vasto											
B8.4.1															> %.	100,00	98,50	5,9	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,9	cio
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)															consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
B8.4.13															> N.		90,00	1,3	12	96,33	6	7%	100%		1,3	cio
Qualità del flusso informativo SPA																fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106										cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,3

19,7

C6c	Rischio Clinico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
-----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													5,2	5,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									
		E3	< %.	815,00	799,00	5,2	12	796,00	-3	0%	100%	*	5,2	M	
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO									

2 - Obiettivi ECONOMICI										15,0	14,0				
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	16.171,40	16.009,69	12,0	12	7.270,48	-8.739	-55%	100%	3 *	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA	verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts	
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,0		cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		dato calcolato a livello di Ausl NO										

35,0	33,7
------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3 - Obiettivi REGIONALI										14,3	13,0			
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,2	12	100,00	10	11%	100%	*	4,2	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. RADIOTERAPIA LIVORNO VALENZA AZIENDALE (106)								
		RT14	> si/no		1,00	1,7	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,3	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
		RT18	> si/no	1,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).		valutaz. 2017-11-05										
		RT7	> si/no		1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										
4 - Ob Az: CONSULTORIO						0,0								
P31O07	Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale	i-P31O07	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile, obiettivo riproposto per il 2017										
						non pertinente								
4 - Ob Az: ONCOLOGIA						14,2	14,2							
P39O01	Omogeneizzare i setting assistenziali (DH o Ambulatorio)	i-P39O01	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
		Definire le procedure condivise con ITT entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento ITT inviato in Regione										
P39O03	Definire protocolli terapeutici standard per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O03	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
		Definizione protocolli condivisi entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso										
P39O04	Strutturare procedure di follow up per i pazienti standardizzate per le 3 principali patologie oncologiche (mammella, colonretto, polmone)	i-P39O04	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
		Definire una procedura condivisa per le maggiori patologie in accordo con i MMG entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso										

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

P39O05	<u>Ridefinizione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci INNOVATIVI in virtù del nuovo assetto organizzativo aziendale, da sottoporre all'ITT</u>	i-P39O05	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	M
Predisposizione di un documento condiviso entro giugno <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento predisposto e condiviso</i>															
P39O06	<u>Standardizzare le procedure per l'accesso, la realizzazione e la distribuzione delle risorse nell'ambito delle SPERIMENTAZIONI cliniche</u>	i-P39O06	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	M
Nuovo regolamento entro giugno <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento definitivo e deliberato</i>															
P39O07	<u>Recupero economico legato alle procedure AIFA di risk sharing e/o payment by result</u>	i-P39O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
compilazione e chiusura schede AIFA (recupero > 95%) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dati non disponibili</i> <i>obt non attribuibile (come già fatto per Pontedera)</i>															
P39O08	<u>Incremento % utilizzo dei farmaci BIOSIMILARI</u>	i-P39O08	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	M
spesa per biosimilari/spesa complessiva classe merceologica <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / passato da 62 a 67% su filgrastim e eritropoietina</i>															
P39O09	<u>Creazione GOM obbligatori previsti dall'ITT (polmone, digerente inferiore, urologici e ginecologici)</u>	i-P39O09	> si/no	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%		*	3,5	M
definizione documento di attivazione dei GOM obbligatori entro giugno <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo parzialmente raggiunto</i> <i>gom attivati da tempo</i>															
		i-P39O09a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
Pazienti seguite in GOM / pazienti totali <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato è disponibile solo per Pontedera, si propone non valutabile</i>															

4 - Ob Az: RADIOTERAPIA

P40O01	<u>Approfondire la tematica della spesa dei TRASPORTI per radioterapia e strutturare una proposta organizzativa</u>	i-P40O01	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,3	M
Elaborazione proposta organizzativa condivisa entro il 30/04															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P40O02	<u>Approfondire il quadro conoscitivo relativo alla TOMOTERAPIA di Lucca: liste di attesa e utilizzo della macchina. (portare il tema al tavolo di Area Vasta e confronto con Area Vasta Centro)</u>	i-P40O02	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	2,3	M
Effettuazione analisi liste di attesa e carico di lavoro per elaborazione progetto con estensione alla AOUP															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P40O03	<u>Strutturare una proposta condivisa per omogeneizzare i protocolli dei trattamenti di radioterapia, sulla base della adeguata appropriatezza terapeutica e organizzativa. (Quali percorsi)</u>	i-P40O03	> N.	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,9	M
Elaborazione protocolli standardizzati															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

5 - Obiettivi QUALITA'

						15,0										14,8
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0										14,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico) (mail MGR del 2017-02-06)						cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)						monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)						cts
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.		1,00	0,0	12					*		
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)		PNE occorre mettere obiettivi di miglioramento sugli indicatori critici (approfondire con allegato 7 DGRT 208/2016)				Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area						

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

ES	Esiti delle cure	Q06	> %	1,00	0,0	12								
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	per il dettaglio si veda l'allegato 7 DGRT 208/2016)											

verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS - indicatore non pertinente per il CdR quindi si propone come Non Valutabile con annullamebnto del peso e redistribuzione sugli altri indicatori dell'area strategica

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HL08
RTE

**U.O.C. RADIOTERAPIA
LIVORNO VALENZA
AZIENDALE (106)**

Totale pesi 100,0

95,9

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)