

REPARTO	OBIETTIVO	INDICATORE	OB. BUDGET DIRIGENTI	OB. BUDGET COMPARTO	OB. RAR - DIRIGENTI	OB. RAR - COMPARTO	Formula di calcolo dell'indicatore e valore obiettivo	Certificatore
DIP_03	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
DIP_03	Attività Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	25,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se il Direttore di Dipartimento avrà preso parte a tutti gli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata)	Segreteria Direzione Strategica
DIP_03	Attività di coordinamento del Dipartimento	1) Effettuare 3 comitati di Dipartimento con stesura del relativo verbale. Invio mail dei verbali al Controllo di Gestione 2) verifica dell'effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	25,0	15,0	0,0	0,0	1) obiettivo raggiunto se ciascun incontro sarà oggetto di verbalizzazione e inviato in occasione dei monitoraggi 2) obiettivo raggiunto se il Dipartimento avrà raccolto i verbali degli incontri di diffusione degli obiettivi di budget svolti in tutte le UU.OO. ad esso afferenti	Direttore di Dipartimento
DIP_03	Riesame di Direzione	Esecuzione di un riesame di direzione a livello dipartimentale (entro il 30/11/2019)	25,0	20,0	0,0	0,0	Il verbale dovrà essere inviato all'Ufficio Qualità. Il percorso prevede che le UU.OO. Afferenti al Dipartimento svolgano il proprio riesame della Direzione entro il 31/10/2019 e che le risultanze di tali riesami siano propedeutiche al Riesame di Direzione di Dipartimento	Ufficio Qualità
DIP_03	Rispetto degli Obiettivi di Mandato indicati da Delibera Regionale	1) Supporto e stimolo a tutte le UU.OO. del proprio dipartimento al perseguimento degli adempimenti inseriti all'interno degli obiettivi di mandato per l'anno 2019 ed indicati nella Delibera Regionale dedicata 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	25,0	15,0	0,0	0,0	Gli obiettivi saranno monitorati e valutati con un prospetto che verrà declinato in corso d'anno sullo schema della Delibera Regionale	DMPO
DIP_03	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	25,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato 1 operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Novembre)	SITRA
DIP_03	Attività di Coordinamento Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUOO del proprio dipartimento	0,0	25,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA
0301_ANE-RIA	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0301_ANE-RIA	ACCREDITAMENTO La Rete della Terapia del Dolore	Accreditamento della Terapia del dolore: mantenimento requisiti del Centro	12,0	9,4	0,0	0,0	1) ricognizione sul mantenimento dei requisiti di accreditamento del Centro di Terapia del Dolore (30 giugno) con invio report a DMPO; 2) Items rispettati >95% 3) revisione delle istruzioni operative per tutte le procedure eseguite (1 volta/anno entro il 30/06)	DMPO

0301_ANE-RIA	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0301_ANE-RIA	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO - REGIONE LOMBARDIA E PNE FRATTURA FEMORE	Indicatore: % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni) >=74%	16,0	9,4	0,0	0,0	1) % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni) >=74% Per Anestesia: garantire la fattibilità dell'intervento entro 48 ore dall'ingresso in una seduta di traumatologia o aggiuntiva 2) Report mensile alla DMPO (accordo operativo con DMPO, Ortopedia e Anestesia e Rianimazione se scostamento)	DMPO
0301_ANE-RIA	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo 3) Monitoraggio	12,0	6,3	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80% 3) report trimestrale a Ufficio Qualità (30/04-30/07-31/10-31/01)	DMPO Qualità
0301_ANE-RIA	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PGR 1,3 e PVP 2,3,6 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019  2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PGR 1.3 – Chirurgia.3-La marcatura del sito chirurgico avviene mediante un segno standardizzato e riconoscibile. PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali.  3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili	DMPO Qualità
0301_ANE-RIA	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17  RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICONGIUNIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, ai pronto soccorsi	DMPO Qualità
0301_ANE-RIA	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2) Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP	DMPO
0301_ANE-RIA	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	8,0	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO

0301_ANE-RIA	Garantire supporto al CIO nella realizzazione del Piano Controlli e Prevenzione Infezioni (Sorveglianza specifica, Sepsis Laboratorio, Farmacia secondo competenze)	Report periodici al CIO secondo Piano Infezioni	8,0	12,5	0,0	0,0	Report periodici al CIO secondo Piano Infezioni	DMPO
0301_ANE-RIA	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	8,0	12,5	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0301_ANE-RIA	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) farmacovigilanza	1) farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	8,0	12,5	0,0	0,0	Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019	FARMACIA
0301_ANE-RIA	Monitoraggio consumo farmaco Bridion	Consumo gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	16,0	0,0	0,0	0,0	Consumo gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018 Obiettivo riduzione del 25%	Controllo di Gestione
0301_ANE-RIA	Gestione flessibile delle risorse	Mantenere l'integrazione delle risorse infermieristiche e di supporto finalizzata a garantire adeguati livelli di assistenza nei diversi setting	0,0	18,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1) Presenza di turni integrati nella gestione delle assenze programmate e improvvisate: evidenza nei turni.. (St. 90% di turni integrati) 2) Presenza di turni con evidenza di redistribuzione delle risorse in relazione ai carichi assistenziali). Invio report al sitra ogni tre mesi.	SITRA
0301_ANE-RIA	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Supporto attività di pronto soccorso nella gestione dei pazienti in sala rossa/rianimazione	12,0	0,0	0,0	0,0	presenza in sala rossa o rianimazione, orari diurni, del medico del 118 in stand-by, con funzione di supporto al medico di PS.	Direttore di Dipartimento
0301_ANE-RIA	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0301_ANE-RIA	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	18,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0301_ANE-RIA	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0301_ANE-RIA	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento

0301_ANE-RIA	Monitoraggio indicatori assistenziali	Mantenimento del monitoraggio degli indicatori definiti dal sitra che verranno comunicati ai coordinatori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre)	SITRA
0301_ANE-RIA	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0301_ANE-RIA	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	Documenti al FSE Verbali PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
0301_ANE-RIA	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0302-PS	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0302-PS	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione SU RICHIESTA	DMPO Qualità
0302-PS	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0302-PS	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, quando validata	DMPO Qualità
0302-PS	INCONRTI CON LE UU.OO. su appropriatessa uso del sangue	Eseguire incontri su appropriatezza uso sangue	20,0	14,3	0,0	0,0	Esecuzione incontro/i su appropriatezza uso sangue con U.O. trasfusionale.	DMPO

0302-PS	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	20,0	14,3	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0302-PS	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	20,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0302-PS	Gestione flessibile delle risorse	Mantenere l'integrazione delle risorse infermieristiche e di supporto finalizzata a garantire adeguati livelli di assistenza nei diversi setting	0,0	21,4	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza di turni integrati nella gestione delle assenze programmate e improvvisate: evidenza nei turni.. (St. 90% di turni integrati) 2. Presenza di turni con evidenza di redistribuzione delle risorse in relazione ai carichi assistenziali). Invio report al sitra ogni tre mesi.	SITRA
0302-PS	Riorganizzare le attività di pronto soccorso alla luce dell'inserimento del secondo triagista h 12.	1) Elaborare una procedura organizzativa di attivazione della seconda postazione di triage 2) Elaborare protocolli di trattamento di sintomi definiti al triage (es Dolore) 3) Elaborare protocolli specifici relativi all'avvio tempestivo della fase diagnostica	0,0	21,4	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza di procedura organizzativa di attivazione della seconda postazione di triage (Primo semestre) 2. Presenza di e protocolli di trattamento di sintomi definiti al triage (es Dolore) (Ottobre) 3. Elaborare protocolli specifici relativi all'avvio tempestivo della fase diagnostica (Ottobre)	SITRA
0302-PS	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Integrazione del medico di 118 con il collega del PS	20,0	14,3	0,0	0,0	Integrazione del medico di 118 con il collega del PS	Direttore di Dipartimento
0302-PS	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0302-PS	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) farmacovigilanza	1) farmacovigilanza: invio di almeno 30 ADR, nei 12 mesi	20,0	14,3	0,0	0,0	Invio all'U.O. Farmacia di 30 ADR entro il 31/12/2019	FARMACIA
0302-PS	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0302-PS	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0302-PS	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO

0302-PS	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0302-PS	Monitoraggio indicatori assistenziali	Mantenimento del monitoraggio degli indicatori definiti dal sitra che verranno comunicati ai coordinatori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre)	SITRA
0305-SUPP.DEA	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0305-SUPP.DEA	Riprogettazione magazzini blocco operatorio	Partecipazione al tavolo tecnico, con Sitra, Dmpo, Sala Operatoria, per riorganizzazione dei magazzini del blocco operatorio	0,0	40,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Partecipazione alle riunioni: report verbali (St 90% presenza) 2. Presenza progetto di riorganizzazione (Aprile) con identificazione degli indicatori da monitorare e rendicontare 3. Avvio sperimentazione (Aprile) 4. Report sperimentazione (Novembre)	SITRA
0305-SUPP.DEA	Governare il processo di inserimento del neo assunto	Identificare un referente, supervisore del processo di inserimento di nuovo personale Ridefinire il percorso di inserimento	0,0	30,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza di un supervisore del processo di inserimento (marzo) 2. Presenza dei piani di inserimento neo assunti/Inseriti (con definite attività e tempistiche) (entro 15gg dall'inserimento) 3. Presenza valutazione raggiungimento obiettivi inserimento (invio scheda al sitra secondo procedura aziendale)	SITRA
0305-SUPP.DEA	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0305-SUPP.DEA	Infezioni ospedaliere: Lavaggio mani	Completare il corso di formazione relativo alle corrette modalità del lavaggio mani.	0,0	30,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. 98% di tutto il personale della Sala operatoria: blocco, Piccoli Interventi e sala gessi risulta aver completato la formazione (piattaforma FAD e eventuale integrazione (se richiesto) in aula)	SITRA
0305-SUPP.DEA	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	Preparazione del setting necessario all'espletamento degli interventi chirurgici come da programmazione prestabilita, secondo quanto definito dalle LLGG del nuovo progetto	SITRA
0305-SUPP.DEA	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

0305-SUPP.DEA	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0305-SUPP.DEA	Monitoraggio indicatori assistenziali	Mantenimento del monitoraggio degli indicatori definiti dal sitra che verranno comunicati ai coordinatori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre)	SITRA
DIP_04	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
DIP_04	Attività Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	25,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se il Direttore di Dipartimento avrà preso parte a tutti gli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata)	Segreteria Direzione Strategica
DIP_04	Attività di coordinamento del Dipartimento	1) Effettuare 3 comitati di Dipartimento con stesura del relativo verbale. Invio mail dei verbali al Controllo di Gestione 2) verifica dell'effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget 3) eseguire uno studio di fattibilità funzionale ed organizzativa di un sistema informativo unico dipartimentale	25,0	15,0	0,0	0,0	1) obiettivo raggiunto se ciascun incontro sarà oggetto di verbalizzazione e inviato in occasione dei monitoraggi 2) obiettivo raggiunto se il Dipartimento avrà raccolto i verbali degli incontri di diffusione degli obiettivi di budget svolti in tutte le UU.OO. ad esso afferenti 3) eseguire uno studio di fattibilità funzionale ed organizzativa di un sistema informativo unico dipartimentale entro il 31/05/2019	Direttore di Dipartimento
DIP_04	Riesame di Direzione	Esecuzione di un riesame di direzione a livello dipartimentale (entro il 30/11/2019)	25,0	20,0	0,0	0,0	Il verbale dovrà essere inviato all'Ufficio Qualità. Il percorso prevede che le UU.OO. Afferenti al Dipartimento svolgano il proprio riesame della Direzione entro il 31/10/2019 e che le risultanze di tali riesami siano propedeutiche al Riesame di Direzione di Dipartimento	Ufficio Qualità
DIP_04	Rispetto degli Obiettivi di Mandato indicati da Delibera Regionale	1) Supporto e stimolo a tutte le UU.OO. del proprio dipartimento al perseguimento degli adempimenti inseriti all'interno degli obiettivi di mandato per l'anno 2019 ed indicati nella Delibera Regionale dedicata 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	25,0	10,0	0,0	0,0	Gli obiettivi saranno monitorati e valutati con un prospetto che verrà declinato in corso d'anno sullo schema della Delibera Regionale	DMPO
DIP_04	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	20,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato 1 operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Novembre)	SITRA
DIP_04	Attività di Coordinamento Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUOO del proprio dipartimento	0,0	15,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA

DIP_04	Progetto "Dare evidenza degli Interventi Educativi eseguiti" - Obiettivo collegato al PIMO ed al miglioramento del target obiettivo di applicazione della check list di autovalutazione regionale	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	20,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Maggio) 3. Ricontro nella documentazione sanitaria di ogni UU.OO. degli interventi educazionali eseguiti: verifica contestuale alla completezza della doc. sanitaria in dimissione e report (target obiettivo > 90%)	SITRA
0401_PSIKIATRIA	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0401_PSIKIATRIA	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	22,2	0,0	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0401_PSIKIATRIA	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	11,1	16,7	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0401_PSIKIATRIA	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	11,1	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0401_PSIKIATRIA	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	11,1	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0401_PSIKIATRIA	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	16,7	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0401_PSIKIATRIA	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	16,7	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA



0401_PSIKIATRIA	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	11,1	11,1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0401_PSIKIATRIA	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICONGIUNIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni	DMPO Qualità
0401_PSIKIATRIA	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0401_PSIKIATRIA	Promozione di interventi formativi su processo di engagement, tecniche di counselling motivazionale breve, educazione terapeutica nell'area della cronicità	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	Dir.Psicologia Clinica
0401_PSIKIATRIA	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale: far crescere l'integrazione tra i servizi del dipartimento, in special modo nell'area giovanile, e sviluppare la collaborazione con agenzie esterne	1) Rafforzare dinamicamente le competenze personali e di equipe necessarie per riconoscere, approcciare e "trattare" i problemi relazionali caratterizzanti l'età adolescenziale, con tutti i soggetti implicati, in particolare le famiglie. - Individuare e iniziare a strutturare un punto di riferimento dipartimentale "trasversale", a supporto dell'azione di tutti gli operatori del DSMD sul terreno indicato, in grado anche di offrire interventi di "counseling relazionale/famigliare" su invio degli operatori del DSMD. - Aprire ulteriormente alla collaborazione, alimentando il lavoro di rete con i soggetti esterni interessati (a partire da Consultori e SP)	11,1	16,7	0,0	0,0	1) Livello di partecipazione e buon esito delle specifiche iniziative formative dedicate 2) Crescita delle prestazioni correlabili. 3) ricaduta "leggibile" nei dati di attività dei propri servizi (entro il 31/12 prima identificazione di indicatori di esito)	Dir.Psicologia Clinica
0401_PSIKIATRIA	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2018 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	11,1	11,1	0,0	0,0	1) Spesa 2019 vs spesa 2018 (non applicabile al comparto) 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0401_PSIKIATRIA	Consumi prodotti alimentari	Monitoraggio consumi prodotti alimentari	11,1	11,1	0,0	0,0	Spesa per consumi di prodotti alimentari 2019 ≤ Spesa per consumi di prodotti alimentari 2018	Controllo di Gestione

0401_PSIKIATRIA	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0401_PSIKIATRIA	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0401_PSIKIATRIA	Monitoraggio indicatori assistenziali	Mantenimento del monitoraggio degli indicatori definiti dal sitra che verranno comunicati ai coordinatori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre)	SITRA
0402_NPI	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0402_NPI	Proporre alla ATS sperimentazioni di attività isorisorse che coinvolgono operatori di diverse professionalità e/o afferenti a diversi servizi con l'obiettivo di fornire risposte integrate e multidisciplinari a bisogni complessi	Documento di proposta focalizzato sulle transizioni entro il 30/04/2019 in collaborazione con Serd, Riab.Dipendenze, Consultorio e Psicologia Clinica	22,2	21,1	0,0	0,0	Documento di proposta focalizzato sulle transizioni entro il 30/04/2019 in collaborazione con Serd, Riab.Dipendenze, Consultorio e Psicologia Clinica	Sociosanitario
0402_NPI	Formazione degli operatori: priorità al tema dei disturbi dello spettro autistico, con particolare riguardo alle seguenti tematiche: - diagnosi precoce; - accesso ed emergenze comportamentali al pronto soccorso; - transizione verso l'età adulta. Le ASST daranno conto del personale formato con apposita relazione da inviare agli uffici regionali entro il 31/10/2019, costituendo elemento di valutazione dei	Piano della formazione specifico con cronoprogramma	22,2	21,1	0,0	0,0	1) Rispetto puntuale del cronoprogramma 2) Relazione e rendicontazione a Direzione Strategica entro il 10/10/2019	Sociosanitario
0402_NPI	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	11,1	5,3	0,0	0,0	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione SU RICHIESTA	DMPO Qualità

0402_NPI	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0402_NPI	Gestione Precoce dei disturbi dell'apprendimento	Avvio di specifiche azioni volte alla gestione precoce del disturbo dell'apprendimento anche attraverso supporti informatici	22,2	15,8	0,0	0,0	1) Definizione azioni entro 31/5 2) Pubblicizzazione interna ed esterna delle azioni 3) Applicazione e monitoraggio dal 1/6 4) verifica mensile andamento liste d'attesa	Sociosanitario
0402_NPI	Valorizzazione della produzione	1) Verifica, nei report delle precondizioni di produzione, dell'andamento dell'attività istituzionale e dei progetti 2) Tempestiva comunicazione a Direz. Amm. di Presidio dell'attività mensile delle coop. di service, per una loro tempestiva contabilizzazione (entro 8-10 del mese. da marzo) (ipotesi di inserimento delle date di rendicontazione del contratto)	11,1	10,5	0,0	0,0	1) Periodica verifica dell'andamento della produzione con Controllo di Gestione 2) Comunicazione a Direz. Amm. di Presidio entro 8-10 del mese., a partire da dati di marzo	Controllo di Gestione
0402_NPI	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	15,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0402_NPI	Promozione di interventi formativi su processo di engagement, tecniche di counselling motivazionale breve, educazione terapeutica nell'area della cronicità	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	Dir.Psicologia Clinica
0402_NPI	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0402_NPI	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale: far crescere l'integrazione tra i servizi del dipartimento, in special modo nell'area giovanile, e sviluppare la collaborazione con agenzie esterne	rafforzare diversamente le competenze personali e di equipe necessarie per riconoscere, approcciare e "trattare" i problemi relazionali caratterizzanti l'età adolescenziale, con tutti i soggetti implicati, in particolare le famiglie. - Individuare e iniziare a strutturare un punto di riferimento dipartimentale "trasversale", a supporto dell'azione di tutti gli operatori del DSMD sul terreno indicato, in grado anche di offrire interventi di "counseling relazionale/famigliare" su invio degli operatori del DSMD. - Aprire ulteriormente alla collaborazione, alimentando il lavoro di rete con i soggetti esterni interessati (a partire da Consulenti e FF)	11,1	10,5	0,0	0,0	1) Livello di partecipazione e buon esito delle specifiche iniziative formative dedicate 2) Crescita delle prestazioni correlabili. 3) ricaduta "leggibile" nei dati di attività dei propri servizi (entro il 31/12 prima identificazione di indicatori di esito)	Direttore di Dipartimento
0402_NPI	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0402_NPI	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento

0402_NPI	Monitoraggio indicatori assistenziali	Mantenimento del monitoraggio degli indicatori definiti dal sitra che verranno comunicati ai coordinatori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre)	SITRA
1204_SERT	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Mantenimento del livello di produzione erogato nel corso dell'anno 2018 (attenzione alla carenza di una Unità Operativa Ass.Sociale rispetto al 2018)	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Mantenimento del livello di produzione erogato nel corso dell'anno 2018 (attenzione alla carenza di una Unità Operativa Ass.Sociale rispetto al 2018)	Controllo di Gestione
1204_SERT	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	11,1	5,3	0,0	0,0	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione SU RICHIESTA	DMPO Qualità
1204_SERT	Sicurezza dell'U.O.	Diminuzione del rischio incendio e costituzione di un archivio informatico	22,2	21,1	0,0	0,0	Ridurre archivio cartaceo al solo archivio corrente, cartelle movimentate negli ultimi 5 anni Registrazione di una serie di dati epidemiologici di interesse del Servizio, da archiviarsi attraverso un registro informatico.	DMPO
1204_SERT	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle sue	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
1204_SERT	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	21,1	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
1204_SERT	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	15,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
1204_SERT	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale: far crescere l'integrazione tra i servizi del dipartimento, in special modo nell'area giovanile, e sviluppare la collaborazione con agenzie esterne	- Rafforzare diffusamente le competenze personali e di equipe necessarie per riconoscere, approcciare e "trattare" i problemi relazionali caratterizzanti l'età adolescenziale, con tutti i soggetti implicati, in particolare le famiglie. - Individuare e iniziare a strutturare un punto di riferimento dipartimentale "trasversale", a supporto dell'azione di tutti gli operatori del DSMD sul terreno indicato, in grado anche di offrire interventi di "counseling relazionale/famigliare" su invio degli operatori del DSMD. - Aprire ulteriormente alla collaborazione, alimentando il lavoro di rete con i soggetti esterni interessati (a partire da Consulenti e FF)	16,7	10,5	0,0	0,0	1) Livello di partecipazione e buon esito delle specifiche iniziative formative dedicate 2) Crescita delle prestazioni correlabili. 3) ricaduta "leggibile" nei dati di attività dei propri servizi (entro il 31/12 prima identificazione di indicatori di esito)	Direttore di Dipartimento

1204_SERT	CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	Incremento di opportunità di prevenzione e attuazione di azioni innovative anche in sinergia con ats	27,8	5,3	0,0	0,0	1) Attuazione di iniziative e di azioni innovative sul tema 2) Monitoraggio e rendicontazione di tali iniziative	Sociosanitario
1204_SERT	DIAGNOSI e PERCORSO ADOLESCENZA	Avvio di specifiche azioni volte alla diagnosi precoce del disturbo da uso di sostanze (es. ambulatori giovani, attività diagnosi precoce ecc.)	16,7	5,3	0,0	0,0	Numero di casi avviati ad un percorso integrato (con coinvolgimento Neuropsichiatria Infantile, Riab.Dipendenze, Psicologia Clinica, Consultorio)	Sociosanitario
1204_SERT	Azioni per l'implementazione e miglioramento della partecipazione al programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute - WHP Lombardia	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	Dir.Psicologia Clinica
1204_SERT	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
1204_SERT	LIFE SKILLS TRAINING, UNPLUGGED (in sinergia con ATS)	Sviluppo e diffusione di programmi di life skills training ed unplugged e coprogettazione	5,6	15,8	0,0	0,0	Garantire il rispetto dei programmi ATS	Sociosanitario
1204_SERT	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1204_SERT	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
1204_SERT	Monitoraggio indicatori assistenziali	Mantenimento del monitoraggio degli indicatori definiti dal sitra che verranno comunicati ai coordinatori	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre)	SITRA
1204_SERT	ACCREDITAMENTO SERT Appropriately erogativa Controlli ed autocontrollo	1) Attuare autocontrollo su base campionaria 2) Report dei controlli trimestrali eseguiti con invio a DMPO 3) Appropriately > 90% dell'atteso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Eseguire autocontrolli su base campionaria (20% della casistica) per verifica della appropriatezza di erogazione e della completezza dei flussi sulla base del Piano di controllo dei NOC e dei verbali anni precedenti, evidenza di check list compilate; 2) Report dei controlli trimestrali eseguiti con invio a DMPO; 3) Appropriately > 90% ;	DMPO
1204_SERT	FLUSSI completezza	Completezza flussi Sert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Inserimento registrazioni dell'attività entro il 5 del mese successivo (non oltre l'1% dei record inseriti con ritardo). Riduzione delle percentuali di dati di ritorno da Regione : errori < 1%	DMPO

0404_PSIICLIN	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Allineamento aziendale ai dati del BPE 2018	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0404_PSIICLIN	CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	Incremento di opportunità di prevenzione e attuazione di azioni innovative anche in sinergia con ats	15,0	0,0	0,0	0,0	1) Attuazione di iniziative e di azioni innovative sul tema 2) Monitoraggio e rendicontazione di tali iniziative (per quanto attiene all'attività degli psicologi)	Sociosanitario
0404_PSIICLIN	DIAGNOSI e PERCORSO ADOLESCENZA	Avvio di specifiche azioni volte alla diagnosi precoce del disturbo da uso di sostanze (es. ambulatori giovani, attività diagnosi precoce ecc.)	20,0	0,0	0,0	0,0	Numero di casi avviati ad un percorso integrato (con coinvolgimento Neuropsichiatria Infantile, Riab.Dipendenze, SERD, Consultorio)	Sociosanitario
0404_PSIICLIN	Efficienza/consapevolezza organizzativa	Analisi della modalità di registrazione dell'attività psicologica	10,0	0,0	0,0	0,0	Incontri del gruppo di miglioramento e redazione di un report al 30/11	Aurtocertificazioni
0404_PSIICLIN	Progettazione e costituzione di un servizio di Psicodiagnostica trasversale all'ASST	PRIMA FASE: Redazione di uno studio di fattibilità entro il 30/06, indirizzato alla Direzione di Dipartimento e Strategica Attuazione entro il 31/12	20,0	0,0	0,0	0,0	PRIMA FASE: Redazione di uno studio di fattibilità entro il 30/06, indirizzato alla Direzione di Dipartimento e Strategica Attuazione entro il 31/12	Sociosanitario
0404_PSIICLIN	Servizio Psicologia Clinica Revisione procedura "Eventi Avversi"	Revisione/Aggiornamento della procedura "Eventi Avversi" in collaborazione con Consultorio e Ostetricia	20,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Attivato gruppo di lavoro (Maggio) 2. Presenza della procedura aggiornata (Ottobre) 3. Applicazione procedura aggiornata: gestione degli eventi (Invio report giugno e dicembre) 4. Invio Report a Qualità	SITRA
0404_PSIICLIN	Azioni per l'implementazione e miglioramento della partecipazione al programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute - WHP Lombardia	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	Dir.Psicologia Clinica
0404_PSIICLIN	Promozione di interventi formativi su processo di engagement, tecniche di counselling motivazionale breve, educazione terapeutica nell'area della cronicità	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	Dir.Psicologia Clinica
0404_PSIICLIN	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale: far crescere l'integrazione tra i servizi del dipartimento, in special modo nell'area giovanile, e sviluppare la collaborazione con agenzie esterne	Identificare e potenziare le competenze personali e di equipe necessarie per riconoscere, approcciare e "trattare" i problemi relazionali caratterizzanti l'età adolescenziale, con tutti i soggetti implicati, in particolare le famiglie. - Individuare e iniziare a strutturare un punto di riferimento dipartimentale "trasversale", a supporto dell'azione di tutti gli operatori del DSMD sul terreno indicato, in grado anche di offrire interventi di "counseling relazionale/famigliare" su invio degli operatori del DSMD. - Aprire ulteriormente alla collaborazione, alimentando il lavoro di rete con i soggetti esterni interessati (a partire da Consultorio e SS)	15,0	0,0	0,0	0,0	1) Livello di partecipazione e buon esito delle specifiche iniziative formative dedicate 2) Crescita delle prestazioni correlabili. 3) ricaduta "leggibile" nei dati di attività dei propri servizi (entro il 31/12 prima identificazione di indicatori di esito) 4) valutazione del lavoro fatto con i genitori degli adolescenti (n.di genitori coinvolti nel caso di adolescenti in carico >80%)	Direttore di Dipartimento



DIP_10	Attività di Coordinamento Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUOO del proprio dipartimento	0,0	25,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA
1002_riab.cardio	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato  Il raggiungimento del livello di produzione di ricoveri del 2018 abbuona un eventuale non raggiungimento degli obiettivi di risultato. In caso negativo, lo scostamento obiettivo è pari a -50.000	Controllo di Gestione
1002_riab.cardio	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	13,3	0,0	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbali PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
1002_riab.cardio	Riduzione del ricorso a Guardie notturne e festive esterne	Graduale assolvimento delle guardie notturne con specialisti delle UO Riabilitative	13,3	0,0	0,0	0,0	Programma di riduzione da presentare entro il 15/05 Primo monitoraggio il 30/09	DMPO
1002_riab.cardio	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali.  3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo  Controlli cartelle cliniche a campione (10% trimestrale) e report Qualità	DMPO Qualità
1002_riab.cardio	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	13,3	7,7	0,0	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
1002_riab.cardio	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, quando validate	DMPO Qualità



1002_riab.cardio	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 30% il Tasso di cadute nei pz degenti	13,3	15,4	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari a 0,29)	DMPO Qualità
1002_riab.cardio	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
1002_riab.cardio	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
1002_riab.cardio	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Garantire la continuità di presa in carico del paziente cronico fragile	1) presenza e compilazione di scheda di rischio sociale per tutti i pazienti ricoverati nelle UO di Riabilitazione Respiratoria, Cardiologica e Neuromotoria. 2) concordanza tra indicazione ad attivazione di ADI ed effettiva attivazione della stessa con presa in carico da parte delle cure territoriali.	13,3	30,8	0,0	0,0	1) presenza della scheda in almeno il 90% delle cartelle cliniche. Autorilevazione trimestrale 10% delle cartelle scelte con campione casuale. 2) Controllo di tutte le richieste on-line di attivazione di ADI eseguite nel dipartimento di riabilitazione e attivazione in almeno il 75% dei casi della stesse in quanto richieste appropriate. Controllo trimestrale eseguito da cure territoriali su tutte le richieste.	Direttore di Dipartimento
1002_riab.cardio	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	20,0	15,4	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
1002_riab.cardio	realizzazione di attività informative e di strumenti di comunicazione rivolti al cittadino sui servizi dedicati alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili	Entro il 30/09: c) realizzazione di materiale di educazione sanitaria in ambito riabilitativo pneumologico, dietologico, neuromotorio, da utilizzare nei PAI Entro il 30/11: c) validazione del materiale;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: c) realizzazione di materiale di educazione sanitaria in ambito riabilitativo pneumologico, dietologico, neuromotorio, da utilizzare nei PAI Entro il 30/11: c) validazione del materiale;	Cure Territoriali
1002_riab.cardio	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	13,3	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
1002_riab.cardio	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1002_riab.cardio	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
1002_riab.cardio	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO

1002_riab.cardio	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
1002_riab.cardio	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
1002_riab.cardio	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
1003_RIAB.DIPEND	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
1003_RIAB.DIPEND	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	11,1	10,0	0,0	0,0	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
1003_RIAB.DIPEND	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	11,1	10,0	0,0	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
1003_RIAB.DIPEND	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, quando validate	DMPO Qualità

1003_RIAB.DIPEND	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	11,1	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
1003_RIAB.DIPEND	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
1003_RIAB.DIPEND	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	26,7	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
1003_RIAB.DIPEND	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Garantire la continuità di presa in carico del paziente cronico fragile	1) Definire ed utilizzare una scheda per valutazione sulla necessità di fare richiesta di amministratore di sostegno per persone con disturbo da gioco d'azzardo. 2) Definire i criteri per procedere. 3) Mettere per iscritto il procedimento già in essere con l'Ufficio di Protezione Giuridica di Crema, che si attiva se il paziente è del territorio cremasco	11,1	13,3	0,0	0,0	1) Definire ed utilizzare una scheda per valutazione sulla necessità di fare richiesta di amministratore di sostegno per persone con disturbo da gioco d'azzardo. 2) Definire i criteri per procedere. 3) Mettere per iscritto il procedimento già in essere con l'Ufficio di Protezione Giuridica di Crema, che si attiva se il paziente è del territorio cremasco	Direttore di Dipartimento
1003_RIAB.DIPEND	CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	Incremento di opportunità di prevenzione e attuazione di azioni innovative anche in sinergia con ats	33,3	20,0	0,0	0,0	1) Attuazione di iniziative e di azioni innovative sul tema 2) Monitoraggio e rendicontazione di tali iniziative 3) Adeguamento ai requisiti di accreditamento degli spazi di semiresidenzialità	Sociosanitario
1003_RIAB.DIPEND	PERCORSO ADOLESCENZA	Applicazione del percorso definito nel 2018	11,1	13,3	0,0	0,0	Proposte di supporto di Neuropsichiatra infantile ed educatore, per percorsi adolescenziali, all'U.O. di NPI, in base ad esigenze condivise (n.2 l'anno)	Sociosanitario
1003_RIAB.DIPEND	Azioni per l'implementazione e miglioramento della partecipazione al programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute - WHP Lombardia	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	Dir. Psicologia Clinica
1003_RIAB.DIPEND	Promozione di interventi formativi su processo di engagement, tecniche di counselling motivazionale breve, educazione terapeutica nell'area della cronicità	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica; Entro il 30/11: b) adozione di un intervento di counselling motivazionale su una patologia cronica;	Dir. Psicologia Clinica
1003_RIAB.DIPEND	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	11,1	6,7	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
1003_RIAB.DIPEND	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

1003_RIAB.DIPEND	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
1003_RIAB.DIPEND	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
1003_RIAB.DIPEND	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
1003_RIAB.DIPEND	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbal PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
1003_RIAB.DIPEND	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
1003_RIAB.DIPEND	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
1004_RIAB.RESP.	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
1004_RIAB.RESP.	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità

1004_RIAB.RESP.	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	13,3	16,7	0,0	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
1004_RIAB.RESP.	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, su scala unitaria.	DMPO Qualità
1004_RIAB.RESP.	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 20% il Tasso di cadute nei pz degenti	13,3	16,7	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari a 0,19)	DMPO Qualità
1004_RIAB.RESP.	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	13,3	0,0	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbal PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
1004_RIAB.RESP.	Riduzione del ricorso a Guardie notturne e festive esterne	Graduale assolvimento delle guardie notturne con specialisti delle UO Riabilitative	13,3	0,0	0,0	0,0	Programma di riduzione da presentare entro il 15/05 Primo monitoraggio il 30/09	DMPO
1004_RIAB.RESP.	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	13,3	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
1004_RIAB.RESP.	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'venuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
1004_RIAB.RESP.	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	33,3	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
1004_RIAB.RESP.	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale  Garantire la continuità di presa in carico del paziente cronico fragile	1) presenza e compilazione di scheda di rischio sociale per tutti i pazienti ricoverati nelle UO di Riabilitazione Respiratoria, Cardiologica e Neuromotoria. 2) concordanza tra indicazione ad attivazione di ADI ed effettiva attivazione della stessa con presa in carico da parte delle cure territoriali.	13,3	25,0	0,0	0,0	1) presenza della scheda in almeno il 90% delle cartelle cliniche. Autorilevazione trimestrale 10% delle cartelle scelte con campione casuale. 2) Controllo di tutte le richieste on-line di attivazione di ADI eseguite nel dipartimento di riabilitazione e attivazione in almeno il 75% dei casi della stesse in quanto richieste appropriate. Controllo trimestrale eseguito da cure territoriali su tutte le richieste.	Direttore di Dipartimento

1004_RIAB.RESP.	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	13,3	8,3	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
1004_RIAB.RESP.	realizzazione di attività informative e di strumenti di comunicazione rivolti al cittadino sui servizi dedicati alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili	Entro il 30/09: c) realizzazione di materiale di educazione sanitaria in ambito riabilitativo pneumologico, dietologico, neuromotorio, da utilizzare nei PAI Entro il 30/11: c) validazione del materiale;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: c) realizzazione di materiale di educazione sanitaria in ambito riabilitativo pneumologico, dietologico, neuromotorio, da utilizzare nei PAI Entro il 30/11: c) validazione del materiale;	Cure Territoriali
1004_RIAB.RESP.	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	6,7	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
1004_RIAB.RESP.	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1004_RIAB.RESP.	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
1004_RIAB.RESP.	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
1004_RIAB.RESP.	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
1004_RIAB.RESP.	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
1004_RIAB.RESP.	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
1004_RIAB.RESP.	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità

1006_RIAB.NEUROM	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
1006_RIAB.NEUROM	Riduzione del ricorso a Guardie notturne e festive esterne	Graduale assolvimento delle guardie notturne con specialisti delle UO Riabilitative	12,5	0,0	0,0	0,0	Incremento graduale contestuale ai nuovi inserimenti di risorse specialistiche delle guardie notturne e festive con risorse interne in orario di servizio (percentuale da concordare)	DMPO
1006_RIAB.NEUROM	GOVERNO CLINICO - RETI DI PATOLOGIA - STROKE Rispetto degli indicatori di percorso RETE STROKE Trasferimento pazienti tra Neurologia e Riabilitazione Neuromotoria RISK MANAGEMENT	ICTUS OBJ4 : % di casi di ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dall'evento acuto > 25%	18,8	7,7	0,0	0,0	Percentuale di pazienti con ictus che effettuano il ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data di accettazione > o = 25%	DMPO
1006_RIAB.NEUROM	RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	12,5	15,4	0,0	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
1006_RIAB.NEUROM	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	12,5	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
1006_RIAB.NEUROM	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, presso la struttura.	DMPO Qualità
1006_RIAB.NEUROM	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali.  3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità

1006_RIAB.NEUROM	Gestione dei casi della sindrome da allettamento	Attivazione di un progetto di presa in carico precoce e della riduzione dei casi della sindrome da allettamento	12,5	15,4	0,0	0,0	Misurazione del numero di casi presi in carico Valutazione delle diverse modalità di gestione dei pazienti individuati Individuazione degli ambiti di intervento dei diversi profili professionali coinvolti (evidenza documentale scritta di tale percorso e di tali casistiche)	DMPO e SITRA
1006_RIAB.NEUROM	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
1006_RIAB.NEUROM	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
1006_RIAB.NEUROM	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Garantire la continuità di presa in carico del paziente cronico fragile	1) presenza e compilazione di scheda di rischio sociale per tutti i pazienti ricoverati nelle UO di Riabilitazione Respiratoria, Cardiologica e Neuromotoria. 2) concordanza tra indicazione ad attivazione di ADI ed effettiva attivazione della stessa con presa in carico da parte delle cure territoriali.	15,6	23,1	0,0	0,0	1) presenza della scheda in almeno il 90% delle cartelle cliniche. Autorilevazione trimestrale 10% delle cartelle scelte con campione casuale. 2) Controllo di tutte le richieste on-line di attivazione di ADI eseguite nel dipartimento di riabilitazione e attivazione in almeno il 75% dei casi della stesse in quanto richieste appropriate. Controllo trimestrale eseguito da cure territoriali su tutte le richieste.	Direttore di Dipartimento
1006_RIAB.NEUROM	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	9,4	7,7	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
1006_RIAB.NEUROM	realizzazione di attività informative e di strumenti di comunicazione rivolti al cittadino sui servizi dedicati alla presa in carico dei pazienti cronici e fragili	Entro il 30/09: c) realizzazione di materiale di educazione sanitaria in ambito riabilitativo pneumologico, dietologico, neuromotorio, da utilizzare nei PAI Entro il 30/11: c) validazione del materiale;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: c) realizzazione di materiale di educazione sanitaria in ambito riabilitativo pneumologico, dietologico, neuromotorio, da utilizzare nei PAI Entro il 30/11: c) validazione del materiale;	Cure Territoriali
1006_RIAB.NEUROM	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018 Organizzazione di un incontro di revisione dei profili di prestazioni richieste al Laboratorio Analisi con il Direttore dell'U.O. Laboratorio Analisi	6,3	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018  Organizzazione di un incontro entro il 30/06/2019	Controllo di Gestione
1006_RIAB.NEUROM	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1006_RIAB.NEUROM	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
1006_RIAB.NEUROM	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA



1006_RIAB.NEUROM	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
1006_RIAB.NEUROM	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
1006_RIAB.NEUROM	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
1006_RIAB.NEUROM	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
1214_UVM	Allineamento all'equilibrio economico aziendale	Allineamento aziendale ai dati del BPE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
1214_UVM	Gestione paziente fragile domiciliare e in dimissione protetta	Definizione e applicazione di percorso integrato UVM/ADI- Protesica per la gestione: 1) del paziente fragile domiciliare 2) per gestione ausili e protesi per pazienti in dimissione protetta	10,0	20,0	0,0	0,0	1) Definizione/revisione delle procedure ausili/protesi entro 30/4 2) Applicazione e monitoraggio mensile	SocioSanitario
1214_UVM	Sottobudget ADI Reportistica attività	1) Monitoraggio mensile del budget assegnato, di concerto con l'U.O. Controllo di Gestione 2) Analisi dell'andamento e conseguenti valutazioni 3) Prosecuzione e completamento della rendicontazione e pubblicazione dati di attività	5,0	5,0	0,0	0,0	1,2) Presenza del materiale richiesto dall'indicatore nei tempi previsti (facendo seguito al primo incontro intercorso, dovrà essere inserito un report nel monitoraggio delle precondizioni aziendali di produzione) 3) Rendicontazione mensile (invio dei dati anche all'U.O. Controllo di Gestione) e avvio scheda (già in bozza con ufficio flussi) dal 1/5	SocioSanitario
1214_UVM	Gestione della Cronicità	Rispetto delle indicazioni contenute nelle Regole per la gestione dell'SSR 2019	10,0	5,0	0,0	0,0	Convergenza con la centrale servizi aziendale: presenza di progetto di valutazione e presa in carico. Progetto entro il 30/06	SocioSanitario
1214_UVM	Valutazione multidimensionale Criteri priorità accesso ADI	Verifica delle condizioni necessarie all'attivazione dell'ADI Attivazione entro 72 ore (attivazione prioritaria) garantita per assicurare: 1) continuità tra assistenza ospedaliera e a domicilio (nei casi di dimissione) 2) presa in carico di situazione di maggior non autosufficienza e fragilità (valutazione primo livello >=3)	10,0	5,0	0,0	0,0	1) monitoraggio mensile delle valutazioni (primo livello, valutazione multidimensionale, richieste inappropriate ecc) 2) sviluppo cruscotto sintetico attività ADI in collaborazione CdG 1) Eventuale definizione/revisione del percorso/procedura 2) monitoraggio dei due casi di priorità e di quelli non prioritari (numeri, tempi...)	SocioSanitario

1214_UVM	Progettazione percorsi di dimissione protetta	Sviluppo di un progetto per la strutturazione (unificazione) dei percorsi di dimissione protetta tra ospedale e territorio (a domicilio e presso strutture territoriali)	20,0	20,0	0,0	0,0	1) presentazione di un progetto con gli attori interessati entro il 30/06 (condivisione anche con Direttore di Dipartimento) 2) avviamento nel corso del mese di luglio	SocioSanitario
1214_UVM	Integrazione politiche sanitarie e socio-sanitarie con le politiche sociali (per due percorsi specifici, tra cui il percorso Autismo)	Integrazione dei modelli organizzativi e territoriali, delle funzioni e delle attività	20,0	20,0	0,0	0,0	1) Realizzare una piena integrazione tra attività sociali e socio-sanitarie sulla base delle indicazioni regionali e in collaborazione con l'ats	SocioSanitario
1214_UVM	Migliorare il percorso di "presa in carico" (ospedale /territorio) nella gestione delle dimissioni protette dei pazienti cronici e fragili complessi	Partecipazione a Audit periodici Adi, Sitra, Dimissioni Protette Ospedaliere per analizzare i "Casi complessi" gestiti e definire azioni di miglioramento	15,0	15,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Evidenza della partecipazione agli incontri di Audit (Aprile, Giugno, Settembre, Novembre) 2. Identificazione nei verbali di audit della valutazione sulla valutazione multidimensionale congiunta (tempi e modi), dei tempi intercorsi fra segnalazione e dimissione, della coerenza della dimissione con i bisogni e le necessità del cittadino, delle latenze, nodi critici e delle azioni di miglioramento identificate, loro monitoraggio e attuazione (St 90 %) 3. istituire repertistica informatizzata dimissioni protette/canale tempo attesa	SITRA
1214_UVM	Azioni per l'implementazione e miglioramento della partecipazione al programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute - WHP Lombardia	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di azioni di promozione del programma WHP, in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico Entro il 30/11: a) adozione di iniziative in area lotta al tabagismo e gioco d'azzardo patologico	Dir.Psicologia Clinica
1214_UVM	Attuazione dei percorsi finalizzati alla presa in carico per i pazienti cronici e/o fragili	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di un modello di presa in carico precoce del paziente fragile in regime di ricovero, con finalità di appropriata e tempestiva individuazione del setting post-ricovero e di promozione vaccinazioni dTP e influenza per il percorso nascita Entro il 30/11: a) procedure specifiche di accesso ai setting assistenziali di transizione	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di un modello di presa in carico precoce del paziente fragile in regime di ricovero, con finalità di appropriata e tempestiva individuazione del setting post-ricovero e di promozione vaccinazioni dTP e influenza per il percorso nascita Entro il 30/11: a) procedure specifiche di accesso ai setting assistenziali di transizione	Cure Territoriali
1214_UVM	d) individuazione di modalità organizzative adeguate per mettere a disposizione, in qualità di erogatori, una programmazione strutturata a favore dei gestori MMG/PLS per poter svolgere le prestazioni contenute nei PAI, nei modi e nei tempi definiti	Entro il 30/09: d) analisi e definizione di procedura di programmazione delle prenotazioni di prestazioni PAI per gestori con contratto di avvalimento; Entro il 30/11: d) validazione della procedura	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: d) analisi e definizione di procedura di programmazione delle prenotazioni di prestazioni PAI per gestori con contratto di avvalimento; Entro il 30/11: d) validazione della procedura	Cure Territoriali
1214_UVM	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Garantire la continuità di presa in carico del paziente cronico fragile	1) presenza e compilazione di scheda di rischio sociale per tutti i pazienti ricoverati nelle UO di Riabilitazione Respiratoria, Cardiologica e Neuro-motoria. 2) concordanza tra indicazione ad attivazione di ADI ed effettiva attivazione della stessa con presa in carico da parte delle cure territoriali.	10,0	10,0	0,0	0,0	Controllo di tutte le richieste on-line di attivazione di ADI eseguite nel dipartimento di riabilitazione e attivazione in almeno il 75% dei casi della stesse in quanto richieste appropriate. Controllo trimestrale eseguito da cure territoriali su tutte le richieste.	Direttore di Dipartimento
1214_UVM	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1214_UVM	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento

1214_UVM	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
1214_CP	Allineamento all'equilibrio economico aziendale	Allineamento aziendale ai dati del BPE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
1214_CP	Creazione SUPI unico nella ats Ausili superamento barriere verticali e sollevamento	Partecipazione e collaborazione alla costituzione del SUPI unico Definizione percorso per ausili per il superamento barriere verticali e per il sollevamento con coinvolgimento di Servizio Tecnico e Ingegneria Clinica	5,0	5,0	0,0	0,0	1) partecipazione agli incontri 2) collaborazione e definizione competenze supi e singole asst 3) monitoraggio mensile della spesa e rendicontazione costi sostenuti coerente con budget assegnato 4) azione propositiva verso il supi per la definizione del percorso per ausili per il superamento di barriere verticali	SocioSanitario
1214_CP	Controlli sulle prestazioni di protesica erogate	Definizione e applicazione procedure aziendali per controlli di prestazioni erogate contestualmente o in abbinamento a processo liquidazione fatture	10,0	10,0	0,0	0,0	1) Revisione procedura con coinvolgimento di altri servizi aziendali entro 30 aprile 2) Attuazione procedura con esecuzione di controlli domiciliari e monitoraggio trimestrale (scritto) (coinvolgimento del coordinatore delle att. amministrative del territorio)	SocioSanitario
1214_CP	Nuova gara Arca per diabete	Azioni realizzazione progetto DPC Diabete e monitoraggio	15,0	10,0	0,0	0,0	1) Avvio e applicazione nuova gara con rispetto delle indicazioni regionali e di ats 2) predisposizione di adeguata e tempestiva reportistica 3) Monitoraggio pazienti, prescrizioni, tipologia	SocioSanitario
1214_CP	Rinnovi esenzioni ticket	Invio a domicilio rinnovi esenzioni ticket	5,0	5,0	0,0	0,0	Informativa il mese precedente la scadenza	SocioSanitario
1214_CP	Formazione operatori	Miglioramento rapporti interni e con utenti e approfondimento normative (codice di comportamento, norme scelta e revoca, esenzioni...)	10,0	10,0	0,0	0,0	Incontri almeno trimestrali sulle tematiche anche con coinvolgimento di referenti aziendali	SocioSanitario
1214_CP	Reportistica attività	1) Definizione conclusiva delle modalità di reportistica 2) Reportistica mensile delle attività svolte (protesica, ausili, scelta/revoca...)	15,0	20,0	0,0	0,0	1) Flusso di attività con ufficio flussi entro 30/4 2) Reportistica mensile delle attività svolte 3) front office scelta e revoca, accessi per fascia oraria e tipologia, attesa media, carico per postazione e per operatore, ecc... 4) riduzione consistente dell'attesa allo sportello	SocioSanitario
1214_CP	Gestione paziente fragile domiciliare	Definizione e applicazione di percorso integrato UVM/ADI-Protesica per la gestione: 1) del paziente fragile domiciliare 2) per gestione ausili e protesi per pazienti in dimissione protetta	20,0	20,0	0,0	0,0	1) Definizione procedura entro 30/4 2) Applicazione e monitoraggio mensile	SocioSanitario
1214_CP	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità

1214_CP	b) sviluppo di modelli e strumenti per promuovere e monitorare l'adesione dei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili per cui è svolta la funzione di gestore	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un modello di colloquio telefonico per la verifica dell'adesione alla farmacoterapia prescritta, per almeno due patologie croniche Entro il 30/11: b) validazione del modello;	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: b) analisi e definizione di un modello di colloquio telefonico per la verifica dell'adesione alla farmacoterapia prescritta, per almeno due patologie croniche Entro il 30/11: b) validazione del modello;	Cure Territoriali
1214_CP	Gestione attivazione e ritiri	1) Sviluppo e monitoraggio di indicatori di verifica (frequenza mensile di monitoraggio) 2) Monitoraggio scostamento tra data dimissione e data di ricezione dell'ausilio; data attivazione e consegna ausilio; data segnalazione cessazione e ritiro	20,0	20,0	0,0	0,0	1) Invio mensile del monitoraggio e segnalazione mensile delle criticità e scostamenti evidenziati	SocioSanitario
1214_CP	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1214_CP	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
DIP_11	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
DIP_11	Attività Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	25,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se il Direttore di Dipartimento avrà preso parte a tutti gli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata)	Segreteria Direzione Strategica
DIP_11	Attività di coordinamento del Dipartimento	1) Effettuare 5 comitati di Dipartimento con stesura del relativo verbale. Invio mail dei verbali al Controllo di Gestione 2) verifica dell'effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	25,0	15,0	0,0	0,0	1) obiettivo raggiunto se ciascun incontro sarà oggetto di verbalizzazione e inviato in occasione dei monitoraggi 2) obiettivo raggiunto se il Dipartimento avrà raccolto i verbali degli incontri di diffusione degli obiettivi di budget svolti in tutte le UU.OO. ad esso afferenti	Direttore di Dipartimento
DIP_11	Riesame di Direzione	Esecuzione di un riesame di direzione a livello dipartimentale (entro il 30/11/2019) ESCLUSIVAMENTE SECONDO FORMAT AZIENDALE CON EVIDENZA DELLA SEZIONE II (elementi in uscita con relativa pianificazione)	25,0	20,0	0,0	0,0	Il verbale dovrà pervenire all'Ufficio Qualità. Il percorso prevede che le UU.OO. afferenti al Dipartimento svolgano il proprio riesame della Direzione entro il 31/10/2019 e che le risultanze di tali riesami siano propedeutiche al Riesame di Direzione di Dipartimento	Ufficio Qualità
DIP_11	Rispetto degli Obiettivi di Mandato indicati da Delibera Regionale	1) Supporto e stimolo a tutte le UU.OO. del proprio dipartimento al perseguimento degli adempimenti inseriti all'interno degli obiettivi di mandato per l'anno 2019 ed indicati nella Delibera Regionale dedicata 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	25,0	10,0	0,0	0,0	Gli obiettivi saranno monitorati e valutati con un prospetto che verrà declinato in corso d'anno sullo schema della Delibera Regionale	DMPO

DIP_11	Progetto "Dare evidenza degli Interventi Educativi eseguiti" - Obiettivo collegato al PIMO ed al miglioramento del target obiettivo di applicazione della check list di autovalutazione regionale	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	20,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Maggio) 3. Ricontro nella documentazione sanitaria di ogni UU.OO. degli interventi educazionali eseguiti: verifica contestuale alla completezza della doc. sanitaria in dimidione e report (target obiettivo > 90%)	SITRA
DIP_11	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	15,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Novembre)	SITRA
DIP_11	Attività di Coordinamento Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUUO del proprio dipartimento	0,0	20,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA
0802_Cardio	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0802_Cardio	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	9,7	0,0	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità
0802_Cardio	GOVERNO CLINICO RETI DI PATOLOGIA IMA RISPETTO DEGLI INDICATORI DEL PERCORSO	4.5 RETI DI PATOLOGIA IMA RISPETTO DEGLI INDICATORI DEL PERCORSO	16,1	7,1	0,0	0,0	IMA OBJ-1 - Registro STEMI: compilazione di tutti casi entro 30 gg dalla dimissione (100%) IMA OBJ-2 - % di casi di infarto miocardico acuto trattati con PTCA entro 48h dal ricovero (> 30%)	DMPO
0802_Cardio	INDICATORI PNE - ESITI 1) IMA MORTALITA' 2) Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni 3) MORTALITA'	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni % trattati con PTCA entro due giorni  Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	19,4	0,0	0,0	0,0	Miglioramento degli indicatori PNE (ranking a tendere valore 1-2)	DMPO
0802_Cardio	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	7,1	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità

0802_Cardio	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di compressione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0802_Cardio	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni	DMPO Qualità
0802_Cardio	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0802_Cardio	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 20% il Tasso di cadute nei pz degenti	6,5	7,1	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari 0,19)	DMPO Qualità
0802_Cardio	Corretta rendicontazione endoprotesi in fase di dimissione	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	9,7	0,0	0,0	0,0	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	DMPO
0802_Cardio	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	9,7	7,1	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0802_Cardio	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0802_Cardio	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	28,6	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA

0802_Cardio	Cardiologia Interventistica: Sviluppo il Progetto "Pool Integrato Radiologia e Cardiologia Interventistica"	1. Completare la formazione dei 2 infermieri (Card-Rad) neo-inseriti sia nel settore di Radiologia che di Cardiologia interventistica con avvio delle reperibilità 2. Riorganizzazione delle presenze con estensione nelle fasce orarie pomeridiane 3. Mantenimento delle 2 presenze infermieristiche (Rad e Card) in servizio e/o in reperibilità nelle fasce orarie diurne (per Radiologia h 12 estensibili H 16- in rep-) e di una 1 presenza nelle fasce orarie notturne (per cardiologia H 24) per 365 gg anno. (St 100%)	0,0	21,4	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza dei 2 infermieri (Card-Rad) formati nel settore di Radiologia e Cardiologia Interventistica (Dicembre) (St 100%) e Avvio delle reperibilità: evidenza nei turni (St. 95 %) 2. Evidenza nei turni (programmati) della presenza in fasce orarie pomeridiane: (St 90%) 3. Evidenza, nella turnistica della presenza in servizio di 2 infermieri (1 Rad e 1 Card) in servizio e/o in reperibilità nelle fasce orarie diurne (per Radiologia h 12 estensibili H 16- in rep-) e di una 1 presenza nelle fasce orarie notturne ( per Cardiologia H 24) per 365 gg anno. (St 100%)	SITRA
0802_Cardio	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale  Trattamento preventivo paziente che esegue TAC	Paziente che deve eseguire esame radiologico c/ contrasto e creatinina >= di 1,5 che deve essere sottoposto a trattamento preventivo come previsto da procedura specifica	6,5	14,3	0,0	0,0	Misurazione della % di pazienti che a 48 h dalla procedura hanno eseguito controllo di creatinemia ( obiettivo soglia >= 90% )	Direttore di Dipartimento
0802_Cardio	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) farmacovigilanza	1) farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	6,5	7,1	0,0	0,0	Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019	FARMACIA
0802_Cardio	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	1) costo service Kardia / (ricavo DRG + rimborso endoprotesi) 2) costo materiale protesico (CND J) / (ricavo DRG chirurgici + rimborso endoprotesi)	9,7	0,0	0,0	0,0	1) mantenimento valore 2018 dell'indicatore 2) mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0802_Cardio	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	6,5	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0802_Cardio	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0802_Cardio	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0802_Cardio	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0802_Cardio	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0802_Cardio	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO

0802_Cardio	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0802_Cardio	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0804_Neuro	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0804_Neuro	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 20% il Tasso di cadute nei pz degenti	10,0	7,7	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: riduzione del 20% del valore dell'anno 2018 (pari a 0,22)	DMPO Qualità
0804_Neuro	GOVERNO CLINICO INDICATORI PNE - ESITI NERVO1 - mortalità a trenta giorni	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	20,0	7,7	0,0	0,0	Miglioramento degli indicatori PNE nelle seguenti aree (ranking a tendere valore 1-2): Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	DMPO
0804_Neuro	GOVERNO CLINICO RETI DI PATOLOGIA STROKE Rispetto degli indicatori di percorso	4.5 RETI DI PATOLOGIA STROKE rispetto degli indicatori di percorso (ad esclusione dell'obiettivo oggetto di indicatore specifico nella scheda di risultato)	20,0	7,7	0,0	0,0	ICTUS OBJ-1 - % di ricoveri di ICTUS c/o la Stroke Unit aziendale (80%) ICTUS OBJ-2 - Registro STROKE: compilazione (100%) ICTUS OBJ-3 - % di pazienti sottoposti a fibrinolisi (> 5%) ICTUS OBJ-4 - Ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 gg. (25%)	DMPO
0804_Neuro	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	10,0	0,0	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbal PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
0804_Neuro	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale  Trattamento preventivo paziente che esegue TAC	Paziente che deve eseguire TAC c/ contrasto e creatinina >= di 1,5 che deve essere sottoposto a trattamento preventivo come previsto da procedura specifica	6,7	15,4	0,0	0,0	Misurazione della % di pazienti che a 48 h dalla procedura hanno eseguito controllo di creatinemia ( obiettivo soglia > = 90% )	Direttore di Dipartimento



0804_Neuro	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di compressione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0804_Neuro	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	15,4	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0804_Neuro	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, quando validate.	DMPO Qualità
0804_Neuro	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0804_Neuro	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	10,0	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0804_Neuro	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	6,7	7,7	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0804_Neuro	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'venuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA

0804_Neuro	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0804_Neuro	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	6,7	7,7	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0804_Neuro	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018  Organizzazione di un incontro di revisione dei profili di prestazioni richieste al Laboratorio Analisi con il Direttore dell'U.O. Laboratorio Analisi	10,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018  Organizzazione di un incontro entro il 30/06/2019	Controllo di Gestione
0804_Neuro	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0804_Neuro	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0804_Neuro	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0804_Neuro	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0804_Neuro	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0804_Neuro	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0804_Neuro	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO

0803_Nefro	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0803_Nefro	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	20,8	0,0	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0803_Nefro	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0803_Nefro	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	15,4	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0803_Nefro	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICONGIUNIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, su sede validata.	DMPO Qualità
0803_Nefro	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0803_Nefro	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	20,8	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO

0803_Nefro	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	20,8	15,4	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0803_Nefro	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0803_Nefro	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0803_Nefro	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Trattamento preventivo paziente che esegue TAC	Paziente che deve eseguire TAC c/ contrasto e creatinina >= di 1,5 che deve essere sottoposto a trattamento preventivo come previsto da procedura specifica	12,5	23,1	0,0	0,0	Misurazione della % di pazienti che a 48 h dalla procedura hanno eseguito controllo di creatinemia ( obiettivo soglia > = 90% )	Direttore di Dipartimento
0803_Nefro	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza 3) Consolidamento del passaggio a epoietina zeta intrapreso a partire da marzo	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi 3) Nessun consumo di altra epoietina se non supportato da motivazione clinica	12,5	15,4	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0803_Nefro	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	12,5	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0803_Nefro	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0803_Nefro	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0803_Nefro	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0803_Nefro	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO

0803_Nefro	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0803_Nefro	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0503_Ch.Vascolare	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0503_Ch.Vascolare	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	12,0	0,0	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell'antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità
0503_Ch.Vascolare	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	15,4	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0503_Ch.Vascolare	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali su scheda validate	DMPO Qualità
0503_Ch.Vascolare	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali.  3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità

0503_Ch.Vascolare	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP;	Direzione Sanitaria
0503_Ch.Vascolare	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0503_Ch.Vascolare	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	16,0	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2)Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0503_Ch.Vascolare	Corretta rendicontazione endoprotesi in fase di dimissione	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	12,0	0,0	0,0	0,0	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	DMPO
0503_Ch.Vascolare	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	16,0	15,4	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0503_Ch.Vascolare	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'venuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0503_Ch.Vascolare	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0503_Ch.Vascolare	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Trattamento preventivo paziente che esegue TAC	Paziente che deve eseguire TAC c/ contrasto e creatinina >= di 1,5 che deve essere sottoposto a trattamento preventivo come previsto da procedura specifica	8,0	23,1	0,0	0,0	Misurazione della % di pazienti che a 48 h dalla procedura hanno eseguito controllo di creatinemia ( obiettivo soglia >= 90% )	Direttore di Dipartimento
0503_Ch.Vascolare	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	12,0	15,4	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0503_Ch.Vascolare	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	Costo materiale protesico (CND P) / (ricavo DRG chirurgici + rimborso endoprotesi)	12,0	0,0	0,0	0,0	Mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione

0503_Ch.Vascolare	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018 Organizzazione di un incontro di revisione dei profili di prestazioni richieste al Laboratorio Analisi con il Direttore dell'U.O. Laboratorio Analisi	12,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018  Organizzazione di un incontro entro il 30/06/2019	Controllo di Gestione
0503_Ch.Vascolare	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0503_Ch.Vascolare	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0503_Ch.Vascolare	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0503_Ch.Vascolare	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0503_Ch.Vascolare	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0503_Ch.Vascolare	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0503_Ch.Vascolare	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0601_Radiologia	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione

0601_Radiologia	ORGANIZZAZIONE GESTIONE FLUSSO PAZIENTI RIDUZIONE DEGENZA MEDIA ESECUZIONE E REFERTAZIONE PER INTERNI	Tempo di attesa ridotto per degenze interne	10,8	0,0	0,0	0,0	1) Erogare le prestazioni per interni (RMN a Neurologia) entro 72 ore dalla richiesta nel 85% dei casi (fatte salve le urgenze) 2) Il referto deve essere reso disponibile con la stessa tempistica	DMPO
0601_Radiologia	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) 100% ITEMS assolti	DMPO Qualità
0601_Radiologia	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0601_Radiologia	RISK MANAGEMENT CONSENSO RADIOLOGIA	Consenso informato alle procedure radiologiche con contrasto e alla RMN	8,1	8,1	0,0	0,0	Nessun consenso informati alla TC ed alla RMN mancante	DMPO Qualità
0601_Radiologia	SCREENING MAMMELLA Competenza professionale	Monitoraggio dei volumi di mammografie di screening lette (il riferimento è 5000 letture/anno per radiologo) e Per volumi inferiori i due radiologi individuati devono rrefertare almeno il 90% delle mammografie ciascuno.	8,1	0,0	0,0	0,0	Qualità diagnostica mammografie: Numero referti di mammografie per radiologo: >90% delle radiografie refertate dai 2 radiologici incaricati	DMPO
0601_Radiologia	SCREENING MAMMELLA Tempestività	SCREENING MAMMELLA Tempestività - Obiettivo correlato al PDTA Mammella	8,1	0,0	0,0	0,0	Intervallo fra data mammografia e data del primo esame di approfondimento (eco mammo biopsia) < 30 gg nel 90% dei casi	DMPO
0601_Radiologia	SCREENING MAMMELLA: cancri intervallo	SCREENING MAMMELLA: cancri intervallo	10,8	0,0	0,0	0,0	Partecipazione dei radiologi che intervengono nei percorsi di screening alla revisione dei casi dei cancri di intervallo come da proposta ATS, partecipazione dei 2 radiologi	DMPO
0601_Radiologia	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	10,8	5,4	0,0	0,0	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	DMPO
0601_Radiologia	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	13,5	13,5	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO



0601_Radiologia	Corretta rendicontazione endoprotesi in fase di dimissione	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	8,1	0,0	0,0	0,0	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	DMPO
0601_Radiologia	Sviluppare le competenze dei tecnici per garantire attività in tutti i settori della Radiologia e Sala Operatoria	Identificare: 1. Il numero Tecnici necessari per garantire l'attività in ogni settore della Radiologia/SO 2. I Settori con numero non sufficiente di tecnici formati 3. Definire le priorità 4. Pianificare la formazione secondo le priorità 5. Avviare e completare la formazione	0,0	24,3	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. evidenza documentale del numero tecnici necessari per settore (entro Marzo) 2. evidenza dei settori con numero di risorse attualmente non formate (Marzo) 3. evidenza delle priorità di formazione rispetto ai settori maggiormente critici (Marzo) 4. Evidenza del progetto formativo pianificato (Aprile) 5 Avvio della formazione (Aprile) e invio report numero di risorse formate e in quali settori (Agosto e Dicembre)	SITRA
0601_Radiologia	Radiologia Interventistica: Sviluppare il Progetto "Pool Integrato Radiologia e Cardiologia Interventistica"	1. Completare la formazione dei 2 infermieri (Card-Rad) neo-inseriti sia nel settore di Radiologia che di Cardiologia interventistica con avvio delle reperibilità 2. Riorganizzazione delle presenze con estensione nelle fasce orarie pomeridiane 3. Mantenimento delle 2 presenze infermieristiche (Rad e Card) in servizio e/o in reperibilità nelle fasce orarie diurne (per Radiologia h 12 estensibili H 16- in rep-) e di una 1 presenza nelle fasce orarie notturne ( per cardiologia H 24) per 365 gg anno. (St 100%)	0,0	24,3	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza dei 2 infermieri (Card-Rad) formati nel settore di Radiologia e Cardiologia Interventistica (Dicembre) (St 100%) e Avvio delle reperibilità: evidenza nei turni (St. 95 %) 2. Evidenza nei turni (programmati) della presenza in fasce orarie pomeridiane: (St 90%) 3. Evidenza, nella turnistica della presenza in servizio di 2 infermieri (1 Rad e 1 Card) in servizio e/o in reperibilità nelle fasce orarie diurne (per Radiologia h 12 estensibili H 16- in rep-) e di una 1 presenza nelle fasce orarie notturne ( per Cardiologia H 24) per 365 gg anno. (St 100%)	SITRA
0601_Radiologia	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Trattamento preventivo paziente che esegue TAC	Paziente che deve eseguire TAC c/ contrasto e creatinina >= di 1,5 che deve essere sottoposto a trattamento preventivo come previsto da procedura specifica	5,4	16,2	0,0	0,0	Misurazione della % di pazienti che hanno rinviato esame per mancata o non corretta applicazione della preparazione	Direttore di Dipartimento
0601_Radiologia	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) farmacovigilanza	1) farmacovigilanza: invio di almeno 20 ADR, nei 12 mesi	8,1	8,1	0,0	0,0	Invio all'U.O. Farmacia di 20 ADR entro il 31/12/2019	FARMACIA
0601_Radiologia	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	Costo service Meditalia: mantenimento spese nel rispetto del budget assegnato	8,1	0,0	0,0	0,0	mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0601_Radiologia	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0601_Radiologia	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0601_Radiologia	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0601_Radiologia	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO	Riorganizzazione agende in funzione del percorso del paziente cronico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Riorganizzazione agende in funzione del percorso del paziente cronico Prevedere Slot dedicate per paziente cronico	DMPO

DIP_08	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
DIP_08	Attività Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	25,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se il Direttore di Dipartimento avrà preso parte a tutti gli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata)	Segreteria Direzione Strategica
DIP_08	Attività di coordinamento del Dipartimento	1) Effettuare 5 comitati di Dipartimento con stesura del relativo verbale. Invio mail dei verbali al Controllo di Gestione 2) verifica dell'effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	25,0	20,0	0,0	0,0	1) obiettivo raggiunto se ciascun incontro sarà oggetto di verbalizzazione e inviato in occasione dei monitoraggi 2) obiettivo raggiunto se il Dipartimento avrà raccolto i verbali degli incontri di diffusione degli obiettivi di budget svolti in tutte le UU.OO. ad esso afferenti	Direttore di Dipartimento
DIP_08	Riesame di Direzione	Esecuzione di un riesame di direzione a livello dipartimentale (entro il 30/11/2019)	25,0	20,0	0,0	0,0	Il verbale dovrà essere inviato all'Ufficio Qualità. Il percorso prevede che le UU.OO. Afferenti al Dipartimento svolgano il proprio riesame della Direzione entro il 31/10/2019 e che le risultanze di tali riesami siano propedeutiche al Riesame di Direzione di Dipartimento	Ufficio Qualità
DIP_08	Rispetto degli Obiettivi di Mandato indicati da Delibera Regionale	1) Supporto e stimolo a tutte le UU.OO. del proprio dipartimento al perseguimento degli adempimenti inseriti all'interno degli obiettivi di mandato per l'anno 2019 ed indicati nella Delibera Regionale dedicata 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	25,0	10,0	0,0	0,0	Gli obiettivi saranno monitorati e valutati con un prospetto che verrà declinato in corso d'anno sullo schema della Delibera Regionale	DMPO
DIP_08	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	10,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato 1 operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Novembre)	SITRA
DIP_08	Attività di Collegio Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUOO del proprio dipartimento	0,0	10,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA
DIP_08	Progetto "Dare evidenza degli Interventi Educativi eseguiti" - Obiettivo collegato al PIMO ed al miglioramento del target obiettivo di applicazione della check list di autovalutazione regionale	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	10,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Maggio) 3. Riscontro nella documentazione sanitaria di ogni UU.OO. degli interventi educazionali eseguiti: verifica contestuale alla completezza della doc. sanitaria in dimidione e report (target obiettivo > 90%)	SITRA
DIP_08	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	10,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Novembre)	SITRA

DIP_08	Attività di Coordinamento Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUOO del proprio dipartimento	0,0	10,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA
0801_Medicina	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0801_Medicina	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0801_Medicina	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre/Mantenere il Tasso di cadute nei pz degenti	6,5	14,3	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari a 0,15)	DMPO Qualità
0801_Medicina	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO. Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata. RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, scheda validata	DMPO Qualità
0801_Medicina	INCONTRI CON LE UU.OO. su appropriatezza uso del sangue	Eseguire incontri su appropriatezza uso sangue	13,0	14,3	0,0	0,0	Esecuzione incontro/i su appropriatezza uso sangue con U.O. trasfusionale.	DMPO
0801_Medicina	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	11,7	7,1	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO

0801_Medicina	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	11,7	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0801_Medicina	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	6,5	7,1	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0801_Medicina	Gara Arca per AUSILI	Alla luce dell'aggiudicazione della gara ARCA per gli AUSILI, mettere in campo le azioni necessarie per la realizzazione del progetto DPC Diabete che deve partire entro febbraio 2019.	11,7	0,0	0,0	0,0	Attivazione nuove regole per gli ausili di nuova introduzione	DMPO
0801_Medicina	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'venuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0801_Medicina	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	28,6	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0801_Medicina	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Documentazione sanitaria - MEDICINA Cartella clinica informatizzata	1) Gruppo di lavoro M/I: revisione documentazione sanitaria in uso e progettazione cartella clinica integrata orientata per problemi (POMR) di UO; implementazione utilizzo NEWS (National Early Warning Score) 2) Implementazione cartella clinica informatizzata integrata e orientata per problemi	13,0	21,4	0,0	0,0	1) Riunioni GdL M/I (tot 4) Revisione documentale e progettazione di cartella clinica integrata orientata per problemi. Ri-elaborazione scheda NEWS ed integrazione 2) Formazione personale M/I e avvio cartella informatizzata	Direttore di Dipartimento
0801_Medicina	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 30 ADR, nei 12 mesi	19,5	7,1	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 30 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0801_Medicina	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0801_Medicina	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	6,5	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0801_Medicina	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

0801_Medicina	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0801_Medicina	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0801_Medicina	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0801_Medicina	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0801_Medicina	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0801_Subacuti	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZION E PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZION E PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZION E PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZION E PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0801_Subacuti	DOCUMENTAZIONE SANITARIA QUALITA' E APPROPRIATEZZA CURE SUB ACUTE	Cure Sub Acute; Controllo della documentazione sanitaria di ricovero: 100% delle cartelle con check list dgr 9014; Riduzione errori contestati dai NOC. Completezza cartella Clinica	50,0	0,0	0,0	0,0	1) Controllo della documentazione sanitaria di ricovero: 100% delle cartelle con check list dgr 9014; (Peso 10%) 2) Compilazione del diario clinico almeno 6 giorni la settimana (ferma restando la responsabilità del dirigente medico di stabilire le necessità cliniche delle rivalutazioni mediche nei giorni festivi); (90%) (Peso 20%) 3) Completezza documentazione sanitaria: rivalutazione ICA, schede di autovalutazione dell'appropriatezza dei pazienti; (Peso 20%)	DMPO
0801_Subacuti	Indicatori di degenza media	Degenza media ≤ 25 giorni per i pazienti ricoverati presso la struttura di Sub Acuti	25,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se la degenza media a fine anno risulterà in linea con il dato richiesto dalla Direzione	Controllo di Gestione
0801_Subacuti	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	10,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione

0801_Subacuti	Attuazione dei percorsi finalizzati alla presa in carico per i pazienti cronici e/o fragili	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di un modello di presa in carico precoce del paziente fragile in regime di ricovero, con finalità di appropriata e tempestiva individuazione del setting post-ricovero e di promozione vaccinazioni dTP e influenza per il percorso nascita Entro il 30/11: a) procedure specifiche di accesso ai setting assistenziali di transizione	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di un modello di presa in carico precoce del paziente fragile in regime di ricovero, con finalità di appropriata e tempestiva individuazione del setting post-ricovero e di promozione vaccinazioni dTP e influenza per il percorso nascita Entro il 30/11: a) procedure specifiche di accesso ai setting assistenziali di transizione	Cure Territoriali
0801_Subacuti	Mantenimento pazienti ricoverati inviati da ASST di Crema	Percentuale di pazienti ricoverati inviati da ASST di Crema >= 85%	15,0	0,0	0,0	0,0	Percentuale di pazienti ricoverati inviati da ASST di Crema >= 85%	DMPO
0801_Subacuti	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0805_PNEUMO	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0805_PNEUMO	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario di cui alla lista	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario inferiori al 18 % Valore 2018 (al 30 nov): 17,1%	14,3	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO
0805_PNEUMO	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	14,3	0,0	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0805_PNEUMO	INDICATORI PNE - ESITI RESPIRO1-BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	14,3	7,7	0,0	0,0	Miglioramento degli indicatori PNE nelle seguenti aree (ranking a tendere valore 1-2): BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	DMPO
0805_PNEUMO	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	0,0	15,4	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0805_PNEUMO	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	14,3	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO

0805_PNEUMO	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0805_PNEUMO	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICONGIUNIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali e aziendali	DMPO Qualità
0805_PNEUMO	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0805_PNEUMO	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	10,7	15,4	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0805_PNEUMO	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0805_PNEUMO	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0805_PNEUMO	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Rete Pneumologica: ambulatorio "Asma Grave"	Organizzazione ambulatorio di secondo livello per la gestione dell'asma grave: riduzione dell'utilizzo di steroidi sistemici attraverso utilizzo di farmaci biologici	14,3	15,4	0,0	0,0	n. pz con sospensione steroidi/n. pz tot arruolati in ambulatorio >80%	Direttore di Dipartimento
0805_PNEUMO	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	7,1	15,4	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA

0805_PNEUMO	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018 Organizzazione di un incontro di revisione dei profili di prestazioni richieste al Laboratorio Analisi con il Direttore dell'U.O. Laboratorio Analisi	10,7	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018  Organizzazione di un incontro entro il 30/06/2019	Controllo di Gestione
0805_PNEUMO	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0805_PNEUMO	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0805_PNEUMO	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0805_PNEUMO	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0805_PNEUMO	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0806_Gastro	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0806_Gastro	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali.  3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità



0806_Gastro	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 10% il Tasso di cadute nei pz degenti	9,4	11,1	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari a 0,16)	DMPO Qualità
0806_Gastro	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	7,4	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0806_Gastro	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sè, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, su sede ospedaliera	DMPO Qualità
0806_Gastro	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0806_Gastro	SCREENING COLORETTALE	Screening colo-rettale: tempestività	12,5	0,0	0,0	0,0	Screening colon-rettale- tempi di attesa per approfondimento diagnostico 2° livello inferiori a 30 gg da FOBT: > 90% dei casi (verificare tempestività segnalazione da parte di ATS)	DMPO
0806_Gastro	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	12,5	7,4	0,0	0,0	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	DMPO
0806_Gastro	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	9,4	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0806_Gastro	Corretta rendicontazione endoprotesi in fase di dimissione	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	9,4	0,0	0,0	0,0	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	DMPO

0806_Gastro	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	6,3	7,4	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0806_Gastro	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0806_Gastro	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	29,6	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0806_Gastro	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Qualità Endoscopia e qualità del servizio	1) Adenoma detection rate: numero di adenomi riscontrati 2) Percentuale di intubazione del cieco 3) Rilevazione Customer Satisfaction (solo item 3 a personale del comparto)	15,6	14,8	0,0	0,0	1) numero di adenomi riscontrati/numero totale di colonoscopie di screening > 25% 2) numero intubazioni ciecali/numero totale colonoscopie di screening > 95% 3) numero di rilevazioni opinione del paziente/numero totale colonoscopie di screening obiettivo > 90%	Direttore di Dipartimento
0806_Gastro	CERTIFICAZIONE ISO	Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza mappatura rischio della UO	12,5	7,4	0,0	0,0	Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza mappatura rischio della UO	DMPO Qualità
0806_Gastro	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F ed HCV 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	6,3	14,8	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0806_Gastro	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018  Organizzazione di un incontro di revisione dei profili di prestazioni richieste al Laboratorio Analisi con il Direttore dell'U.O. Laboratorio Analisi	6,3	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018  Organizzazione di un incontro entro il 30/06/2019	Controllo di Gestione
0806_Gastro	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criteri di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0806_Gastro	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0806_Gastro	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3.Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA

0806_Gastro	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0806_Gastro	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbali PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
0806_Gastro	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0806_Gastro	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0806_Gastro	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0815_Oncologia Medica	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0815_Oncologia Medica	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	7,1	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0815_Oncologia Medica	GOVERNO CLINICO - RETI DI PATOLOGIA AREA DI RICOVERO INDICATORI PDTA TUMORI SENO COLON RETTO	Performance indicatori PDTA Mammella e colon retto	12,9	7,1	0,0	0,0	1) CRC-OBJ2 - Percento di casi con trattamento CHT/RT o CHIR per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall' endoscopia. (80%)	DMPO
0815_Oncologia Medica	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre/Mantenere il Tasso di cadute nei pz degenti	12,9	14,3	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari a 0,15)	DMPO Qualità

0815_Oncologia Medica	INCONRTI CON LE UU.OO. su appropriatezza uso del sangue	Eseguire incontri su appropriatezza uso sangue	12,9	7,1	0,0	0,0	Esecuzione incontro/i su appropriatezza uso sangue con U.O. trasfusionale.	DMPO
0815_Oncologia Medica	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	0,0	0,0	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0815_Oncologia Medica	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, secondo qualità.	DMPO Qualità
0815_Oncologia Medica	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0815_Oncologia Medica	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	9,7	7,1	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0815_Oncologia Medica	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	9,7	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0815_Oncologia Medica	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	9,7	7,1	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0815_Oncologia Medica	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA

0815_Oncologia Medica	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	28,6	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0815_Oncologia Medica	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale LEAN management DH oncologico	Gruppo di lavoro LEAN M/I sull'analisi dei processi DH/MAC oncologico	9,7	14,3	0,0	0,0	verbali di riunione GdL (2 I sem + 2 II sem) che documentino l'applicazione del metodo LEAN all'individuazione e miglioramento degli aspetti critici della gestione MAC. Implementazione di modifiche organizzative e analisi dei risultati ; produzione di documento riassuntivo finale analisi-risultati	Direttore di Dipartimento
0815_Oncologia Medica	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F ed HCV 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 40 ADR, nei 12 mesi	6,5	7,1	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 40 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0815_Oncologia Medica	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	costo materiale farmaceutico (non file F) / ricavo DRG e ambulatoriale	6,5	0,0	0,0	0,0	1) mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0815_Oncologia Medica	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018 Organizzazione di un incontro di revisione dei profili di prestazioni richieste al Laboratorio Analisi con il Direttore dell'U.O. Laboratorio Analisi	9,7	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018  Organizzazione di un incontro entro il 30/06/2019	Controllo di Gestione
0815_Oncologia Medica	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0815_Oncologia Medica	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0815_Oncologia Medica	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0815_Oncologia Medica	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0815_Oncologia Medica	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbali PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO

0815_Oncologia Medica	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0815_Oncologia Medica	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0701_Pediatria	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0701_Pediatria	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario di cui alla lista	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario inferiori al 18 %  Valore 2018 (al 30 nov ): 17,1%	12,5	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO
0701_Pediatria	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED EROGATIVA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - riduzione errori	Rispetto della appropriatezza e di effettuazione delle prestazioni entro 10gg dalla dimissione	12,5	0,0	0,0	0,0	Riduzione degli errori di prestazioni erogate entro i 10gg dal ricovero rispetto al 2018 (in valore)	DMPO
0701_Pediatria	Flussi sanitari CEDAP - Garantire coerenza e completezza informazioni	COMPLETEZZA DELLE INFORMAZIONI DEL FLUSSO CEDAP e coerenza con SDO	12,5	13,3	0,0	0,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completezza compilazione CEDAP: 100% dati richiesti;</li> <li>• 100% coerenza SDO/CEDAP: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la piena copertura delle rilevazioni (ad ogni CEDAP deve corrispondere una SDO di parto ed una o più SDO di nati)</li> <li>- la congruenza di alcune informazioni presenti su entrambi i flussi (ad esempio, per la madre, la modalità del parto cesareo/spontaneo e, per il nato, il sesso o la presenza di malformazioni)</li> </ul> </li> </ul>	DMPO
0701_Pediatria	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 20% il Tasso di cadute nei pz degenti	12,5	6,7	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: riduzione del valore dell' anno 2018 (0,21)	DMPO Qualità
0701_Pediatria	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	6,7	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità

0701_Pediatria	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0701_Pediatria	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0701_Pediatria	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	12,5	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0701_Pediatria	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	12,5	6,7	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0701_Pediatria	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0701_Pediatria	Riorganizzazione attività Nido	Revisione dei protocolli assistenziali e loro implementazione	0,0	33,3	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza dei protocolli assistenziali revisionati (St. 100% dei protocolli individuati) 2. Avvio applicazione dei nuovi protocolli	SITRA
0701_Pediatria	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Ruolo UO Pediatria all'interno della Rete Assistenziale del bambino	1) Invio bambini a centri di III livello per competenza e cura 2) Assistenza congiunta con centri di III livello dei bambini affetti da patologie croniche (definite e inquadrate) che gravitano nel territorio ASST Crema	9,4	20,0	0,0	0,0	1) Elaborazione e compilazione di scheda di rilevazione dati (causa trasferimento/luogo/esito) relativa a trasferimenti (reparto/nido/PS) a centri di III livello: totalità dei trasferimenti 2019 (da marzo) 2) Elaborazione e compilazione di schede (DB condiviso) relative a casi di patologia cronica insistenti su territorio ASST Crema (dati clinici e complicanze, elementi di riferimento centri di III livello): almeno 15 schede a fine 2019	Direttore di Dipartimento
0701_Pediatria	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F ed HCV 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	9,4	13,3	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0701_Pediatria	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018 (l'U.O. segnala in sede di budget la difficoltà di riuscire a raggiungere questo obiettivo riducendo rispetto all'anno precedente)	6,3	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione

0701_Pediatria	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0701_Pediatria	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0701_Pediatria	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0701_Pediatria	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI IN AMBITO PEDIATRICO	Applicazione Protocollo sepsi in ambito pediatrico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	a) Applicare protocollo sepsi in ambito pediatrico b) Verifica della applicazione del protocollo di gestione della sepsi in ambito pediatrico (>90% items previsti) con due monitoraggi in autovalutazione a MAGGIO e OTTOBRE, e presentazione al CIO entro 15 Giugno e 15 Novembre	DMPO
0701_Pediatria	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0701_Pediatria	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0303_Cure Palliative	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0303_Cure Palliative	ACCREDITAMENTO della Struttura e autovalutazione	1) Verifica periodica checklist requisiti di accreditamento 2) Completezza della documentazione sanitaria -	40,0	21,4	0,0	0,0	1) Verifica positiva del possesso di tutti i requisiti di accreditamento - Report semestrale 2) Verifica della completezza della documentazione sanitaria (100% delle cartelle)	DMPO
0303_Cure Palliative	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	costo dispositivi medici cnd M (medicazioni) / ricavo produzione	20,0	14,3	0,0	0,0	mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione



0303_Cure Palliative	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0303_Cure Palliative	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0303_Cure Palliative	Attuazione dei percorsi finalizzati alla presa in carico per i pazienti cronici e/o fragili	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di un modello di presa in carico precoce del paziente fragile in regime di ricovero, con finalità di appropriata e tempestiva individuazione del setting post-ricovero e di promozione vaccinazioni dTP e influenza per il percorso nascita Entro il 30/11: a) procedure specifiche di accesso ai setting assistenziali di transizione	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entro il 30/09: a) analisi e definizione di un modello di presa in carico precoce del paziente fragile in regime di ricovero, con finalità di appropriata e tempestiva individuazione del setting post-ricovero e di promozione vaccinazioni dTP e influenza per il percorso nascita Entro il 30/11: a) procedure specifiche di accesso ai setting assistenziali di transizione	Cure Territoriali
0303_Cure Palliative	Evoluzione del modello organizzativo Rete cure palliative: Favorire il governo dei processi di presa in carico e cura	Adozione degli strumenti (allegati E-F) di: 1 "Identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata con bisogni di cure palliative" 2. "Valutazione dell'intensità assistenziale in cure palliative domiciliari"	0,0	42,9	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Avvio dell'applicazione della scheda di "Identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata con bisogni di cure palliative". (da Luglio .presenza della scheda St 90% dei pazienti presi in carico) 2. Avvio dell'applicazione della scheda di "Valutazione dell'intensità assistenziale in cure palliative domiciliari" (da Luglio .presenza della scheda St 90% dei pazienti presi in carico)	SITRA
0303_Cure Palliative	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Rete Cure Palliative - RSA	Pz segnalati da RSA a UCP-dom che decedono in struttura (obtv: riduzione trasferimenti in PS e ricoveri in H per acuti)	40,0	21,4	0,0	0,0	(n. pz segnalati-deceduti/n. pz segnalati UCP-dom ) > 80% (Raccolta dati a cura UCP-dom)	Direttore di Dipartimento
0303_Cure Palliative	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0303_Cure Palliative	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0303_Cure Palliative	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3.Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0901_Laboratorio	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione

0901_Laboratorio	ACCREDITAMENTO SMEL	Mantenimento dei requisiti di accreditamento dei Punti prelievo e e delle attività di prelievo -Servizi di Medicina di Laboratorio (SMEL) di cui all'allegato della dgr n. 3313/2001	16,7	5,3	0,0	0,0	Verifica del rispetto dei requisiti di accreditamento di tutti i punti prelievo e delle attività di prelievo: a) report quadrimestrale a DMPO e Sistema Qualità: 100% di punti prelievo e attività prelievo verificati secondo un piano progressivo (50% entro il 30 giugno) b) Possess dei requisiti: 100%	DMPO
0901_Laboratorio	CERTIFICAZIONE ISO	Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza mappatura rischio della UO	11,1	5,3	0,0	0,0	Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza mappatura rischio della UO	DMPO Qualità
0901_Laboratorio	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) 100% ITEMS assolti	DMPO Qualità
0901_Laboratorio	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0901_Laboratorio	Garantire supporto al CIO nella realizzazione del Piano Controlli e Prevenzione Infezioni (Sorveglianza specifica, Sepsis Laboratorio, Farmacia secondo competenze)	Report periodici al CIO secondo Piano Infezioni	16,7	10,5	0,0	0,0	Report periodici al CIO secondo Piano Infezioni	DMPO
0901_Laboratorio	Sorveglianza ICA - Laboratorio	Assicurare sorveglianza ICA	11,1	5,3	0,0	0,0	1) compilazione tempestiva e costante di INFOSIP 2) rendicontazione periodica al CIO dei dati di sorveglianza di laboratorio con commento	DMPO
0901_Laboratorio	Progetto "Pool integrato per la gestione delle urgenze SIMT Laboratorio2	Attivare un pool di tecnici formati nella gestione delle urgenze e delle reperibilità del SIMT e laboratorio Analisi, in particolare: 1. Identificare i nominativi dei tecnici da inserire nel pool 2. Elaborare progetto/percorso completo di contenuti e cronoprogramma 3. Pianificare la formazione/addestramento 4. Avviare il progetto 5. Garantire la collaborazione di tutti i tecnici, non inseriti nel	0,0	36,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenti nominativi identificati dei tecnici da inserire nel pool (Marzo) 2. Presenza del documento progetto completo (Aprile) 3. Evidenza della formazione/addestramento avvenuta (Maggio) 4. Avvio dell'integrazione con evidenza di presenze pianificate per attività e reperibilità: evidenza sui turni mensili. (Giugno) 5. Supporto alla formazione/addestramento dei tecnici identificati, a garantire attività e reperibilità: evidenza sui turni (Giugno)	SITRA
0901_Laboratorio	Valutazione economica service general contract	Partecipazione alle attività del GdL aziendale volto all'analisi delle condizioni economiche e tecniche del general contract in vista della scadenza dell'attuale accordo di fornitura	22,2	21,1	0,0	0,0	Partecipazione al tavolo di lavoro e svolgimento delle analisi e delle attività che verranno stabilite in tale sede	Controllo di Gestione
0901_Laboratorio	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Appropriatezza esami di laboratorio Best practice prescrittive	Revisione dei profili di laboratorio con le UUOO cliniche di Area medica (e PS) finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza e a definizione di best-practice prescrittive	22,2	15,8	0,0	0,0	Dato gennaio-dicembre 2019 < 2018 (n. esami pz ricoverati/UO) Formalizzazione di incontri con le UUOO cliniche Area Medica e PS (formazione, audit e feedback sulle pratiche prescrittive)  (in particolare, focus alle seguenti UU.OO.: Neurologia, Oncologia Medica, Riab.Neuromotoria, Chir.Vascolare, Pneumologia, Gastroenterologia)	Direttore di Dipartimento
0901_Laboratorio	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

0901_Laboratorio	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0901_Laboratorio	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0902_An.Patologica	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0902_An.Patologica	GOVERNO CLINICO RETI DI PATOLOGIA AREA DI RICOVERO INDICATORI PDTA TUMORI SENO	Performance indicatori PDTA Mammella	16,7	10,5	0,0	0,0	BC-OBJ10 - Percento di soggetti operati entro 60 gg dalla data della mammografica (70%) (NUMERATORE: numero di nuovi casi con diagnosi di tumore alla mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che hanno effettuato una mammografia nei 60 gg precedenti l'intervento chirurgico; DENOMINATORE: Numero nuovi casi con diagnosi di tumore alla mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa che hanno effettuato una mammografia nei 12 mesi precedenti l'intervento)	DMPO
0902_An.Patologica	SCREENING MAMMELLA: stadiatione cancri screen detected	Completezza delle stadiatione dei cancri screen detected: invio dei referti delle stadiatione effettuate dalle anatomie patologiche della ASST alle ATS (>95% delle richieste)	16,7	10,5	0,0	0,0	Cancri screen detected: invio dei referti delle stadiatione effettuate dalle anatomie patologiche della ASST alle ATS (> 100% delle richieste)	DMPO
0902_An.Patologica	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	16,7	10,5	0,0	0,0	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	DMPO
0902_An.Patologica	GOVERNO CLINICO Miglioramento degli aspetti critici relativi ad aspetti clinico-organizzativi	Attivare 5 audit inerenti tematiche clinico-organizzative identificate quali aree migliorabili dal RDD 2018	22,2	21,1	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza di 5 verbali degli Audit effettuati	DMPO
0902_An.Patologica	Raccomandazione Ente Certificatore (9GR - 8.5.2)	Rendere evidenti i setting e le diversi stati di lavorazione del "prodotto" dell'UO Anatomia Patologica	0,0	15,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. evidenza documentale con identificati i i setting e gli stati di lavorazione del prodotto 2. presenza di cartellonistica ah hoc	SITRA

0902_An.Patologica	CERTIFICAZIONE ISO	Mettere in atto Raccomandazioni rilevate dall'Ente Certificatore entro il 31 luglio 2019 - Documentare all'Ufficio Qualità Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza Applicazione analisi della gestione del rischio	11,1	5,3	0,0	0,0	Tutte le raccomandazioni rilevate dall'Ente Certificatore sono state eseguite al 100% Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza Applicazione analisi della gestione del rischio - Tabella rischi principali	DMPO Qualità
0902_An.Patologica	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) 100% ITEMS assolti	DMPO Qualità
0902_An.Patologica	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0902_An.Patologica	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	15,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0902_An.Patologica	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Rendicontazione prestazioni ed attività di cito-assistenza	1) Invio trimestrale al Controllo di Gestione report prestazioni per interni (nel rispetto delle scadenze richieste per i flussi Regionali) 2) Nuova organizzazione e pianificazione attività di cito-assistenza (di concerto con le UUOO coinvolte) 3) Invio periodico al Controllo di Gestione report prestazioni di citoassistenza	16,7	10,5	0,0	0,0	1) Elaborazione e invio del report al CdG entro il 15 del mese successivo al periodo di monitoraggio (4 report trimestrali /anno) 2) Elaborazione piano organizzativo condiviso. Applicazione di nuova organizzazione e pianificazione attività 3) Elaborazione e invio del report al Controllo di Gestione entro il 15 mese successivo al periodo di monitoraggio (4 report trimestrali /anno)	Direttore di Dipartimento
0902_An.Patologica	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0902_An.Patologica	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0902_An.Patologica	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0903_SIMT	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione

0903_SIMT	INCONTRI CON LE UU.OO. su appropriatezza uso del sangue	Eseguire incontri su appropriatezza uso sangue	25,0	0,0	0,0	0,0	Esecuzione di incontri almeno con le UU.OO. Principali consumatrici. (Medicina - Pronto Soccorso - Ortopedia - Oncologia - Urologia)	DMPO
0903_SIMT	Attività di donazione	Mantenimento volumi di donazione di sangue e plasma come anno 2018	25,0	14,8	0,0	0,0	Mantenimento donazioni sangue intero per garantire autosufficienza aziendale e compensazione intraregionale N.donazioni plasma 2019 ≥ N.donazioni plasma 2018	Controllo di Gestione
0903_SIMT	CERTIFICAZIONE ISO	Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza mappatura rischio della UO	25,0	22,7	0,0	0,0	Mantenimento ISO 9001 2015 Evidenza mappatura rischio della UO	DMPO Qualità
0903_SIMT	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) 100% ITEMS assolti	DMPO Qualità
0903_SIMT	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0903_SIMT	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale Qualità Donazione	Riduzione del numero di donazioni complessive interrotte per difficoltà di accesso venoso	25,0	22,7	0,0	0,0	(donazioni interrotte, non iniziate per accesso venoso/totale donazioni) < 2.8% (2018 = 3.05% ; 2017 = 2.5% )	Direttore di Dipartimento
0903_SIMT	Progetto "Pool integrato per la gestione delle urgenze SIMT Laboratorio2	Attivare un pool di tecnici formati nella gestione delle urgenze e delle reperibilità del SIMT e laboratorio Analisi, in particolare: 1. Identificare i nominativi dei tecnici da inserire nel pool 2. Elaborare progetto/percorso completo di contenuti e cronoprogramma 3. Pianificare la formazione/addestramento 4. Avviare il progetto 5. Garantire la collaborazione di tutti i tecnici, non inseriti nel	0,0	39,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenti nominativi identificati dei tecnici da inserire nel pool (Marzo) 2. Presenza del documento progetto completo (Aprile) 3. Evidenza della formazione/addestramento avvenuta (Maggio) 4. Avvio dell'integrazione con evidenza di presenze pianificate per attività e reperibilità: evidenza sui turni mensili. (Giugno) 5. Supporto alla formazione/addestramento dei tecnici identificati, a garantire attività e reperibilità: evidenza sui turni (Giugno)	SITRA
0903_SIMT	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0903_SIMT	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0903_SIMT	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA

DIP_05	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
DIP_05	Attività Collegio di Direzione	Presenza al 100% degli incontri	25,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se il Direttore di Dipartimento avrà preso parte a tutti gli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata)	Segreteria Direzione Strategica
DIP_05	Attività di coordinamento del Dipartimento	1) Effettuare 5 comitati di Dipartimento con stesura del relativo verbale. Invio mail dei verbali al Controllo di Gestione 2) verifica dell'effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	25,0	15,0	0,0	0,0	1) obiettivo raggiunto se ciascun incontro sarà oggetto di verbalizzazione e inviato in occasione dei monitoraggi 2) obiettivo raggiunto se il Dipartimento avrà raccolto i verbali degli incontri di diffusione degli obiettivi di budget svolti in tutte le UU.OO. ad esso afferenti	Direttore di Dipartimento
DIP_05	Riesame di Direzione	Esecuzione di un riesame di direzione a livello dipartimentale (entro il 30/11/2019)	25,0	20,0	0,0	0,0	Il verbale dovrà essere inviato all'Ufficio Qualità. Il percorso prevede che le UU.OO. Afferenti al Dipartimento svolgano il proprio riesame della Direzione entro il 31/10/2019 e che le risultanze di tali riesami siano propedeutiche al Riesame di Direzione di Dipartimento	Ufficio Qualità
DIP_05	Rispetto degli Obiettivi di Mandato indicati da Delibera Regionale	1) Supporto e stimolo a tutte le UU.OO. del proprio dipartimento al perseguimento degli adempimenti inseriti all'interno degli obiettivi di mandato per l'anno 2019 ed indicati nella Delibera Regionale dedicata 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	25,0	10,0	0,0	0,0	Gli obiettivi saranno monitorati e valutati con un prospetto che verrà declinato in corso d'anno sullo schema della Delibera Regionale	DMPO
DIP_05	Progetto "Dare evidenza degli Interventi Educativi eseguiti" - Obiettivo collegato al PIMO ed al miglioramento del target obiettivo di applicazione della check list di autovalutazione regionale	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	20,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Maggio) 3. Riscontro nella documentazione sanitaria di ogni UU.OO. degli interventi educazionali eseguiti: verifica contestuale alla completezza della doc. sanitaria in dimissione e report (target obiettivo > 90%)	SITRA
DIP_05	Attività di Coordinamento Sitra e Coordinamento del Dipartimento	1. Presenza riunioni Sitra 2. Garantire il monitoraggio delle riunioni del personale delle UU.OO. gestite 3. Garantire la rendicontazione dell'andamento obiettivi delle UUOO del proprio dipartimento	0,0	15,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presenza al 90 % degli incontri (o solo se la sua assenza risulterà essere giustificata) 2. Evidenza delle riunioni effettuate con invio verbali al Sitra (St 100 %) 3. Presenza dati di monitoraggio degli obiettivi declinati nelle UU.OO. del dipartimento (trimestrale) (st 100%)	SITRA
DIP_05	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi"	Partecipazione al progetto con: 1. Individuazione di un esperto per partecipazione tavolo tecnico 2. Implementazione del progetto elaborato dal gruppo di lavoro	0,0	20,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Viene identificato un operatore che partecipa al Tavolo Tecnico. (entro 31 Marzo) 2. Avvio della sperimentazione secondo quanto definito dal progetto elaborato dal tavolo tecnico (Settembre)	SITRA
0502_Ch.Generale	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione

0502_Ch.Generale	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO Degenza media preoperatoria DRG medici in reparti chirurgici	(1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2. Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	5,6	0,0	0,0	0,0	(1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2 (Standard di riferimento). Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	DMPO
0502_Ch.Generale	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario di cui alla lista	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario inferiori al 18 % Valore 2018 (al 30 nov): 17,1%	5,6	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO
0502_Ch.Generale	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED EROGATIVA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - riduzione errori	Rispetto della appropriatezza e di effettuazione delle prestazioni entro 10gg dalla dimissione	2,8	0,0	0,0	0,0	Riduzione degli errori di prestazioni erogate entro i 10gg dal ricovero rispetto al 2018 (in valore)	DMPO
0502_Ch.Generale	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	5,6	0,0	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità
0502_Ch.Generale	GOVERNO CLINICO - RETI DI PATOLOGIA	PDTA Colon – Obiettivo CRC OBJ1.	8,3	0,0	0,0	0,0	CRC OBJ1: garantire la tempestività dell'intervento chirurgico entro 60 giorni dalla colonscopia. (80%)	DMPO
0502_Ch.Generale	GOVERNO CLINICO INDICATORI PNE - ESITI	1) CHGEN1 - Colectomie	8,3	0,0	0,0	0,0	1) Miglioramento degli indicatori PNE nelle seguenti aree (ranking a tendere valore 1-2): percento di ricoveri per Colectomie laparoscopiche con degenza post chirurgica < 3gg: > 60%	DMPO
0502_Ch.Generale	GOVERNO CLINICO INDICATORI PNE - ESITI	ONCO1-Volumi>135 casi ONCO2-resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella ONCO3-TM polmone: mortalità a trenta giorni ONCO4-TM stomaco: mortalità a trenta giorni ONCO5-TM colon: mortalità a trenta giorni	8,3	0,0	0,0	0,0	1) Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui; (Peso 60%) 2,3,4,5) Miglioramento degli indicatori PNE (ranking a tendere valore 2-3). (Peso 40%)	DMPO

0502_Ch.Generale	GOVERNO CLINICO RETI DI PATOLOGIA AREA DI RICOVERO INDICATORI PDTA TUMORI SENO COLON RETTO	Performance indicatori PDTA Mammella e colon retto	8,3	0,0	0,0	0,0	BC-OBJ1 - Percento di soggetti operati entro 60 gg dalla data della mammografia (70%) (NUMERATORE: numero di nuovi casi con diagnosi di tumore alla mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che hanno effettuato una mammografia nei 60 gg precedenti l'intervento chirurgico; DENOMINATORE: Numero nuovi casi con diagnosi di tumore alla mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa) BC-OBJ2 - Percento di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 30 gg precedenti intervento chir. (80%) BC-OBJ3 - Percento di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella (80%) BC-OBJ4 - Percento di casi sottoposti a tecnica chir radicale che effettuano la ricostruzione mammella (80%) BC-OBJ10 - Percento di soggetti operati entro 60 gg dalla data della mammografica (70%) (NUMERATORE: numero di nuovi casi con diagnosi di tumore alla mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa, che hanno effettuato una mammografia nei 60 gg precedenti l'intervento chirurgico;DENOMINATORE: Numero nuovi casi con diagnosi di tumore alla mammella sottoposti a chirurgia radicale e/o conservativa che hanno effettuato una mammografia nei 12 mesi precedenti l'intervento) Tempi di attesa rispettati per l'istologico nel 95% dei casi. CRC-OBJ6 - Percento di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia diagnostica (80%) (NUMERATORE: Numero di nuovi casi con trattamento chirurgico per tumore del colon	DMPO
0502_Ch.Generale	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	0,0	15,4	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0502_Ch.Generale	Valido anche per Breast Unit  Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	5,6	11,5	0,0	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP:	DMPO
0502_Ch.Generale	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1)Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0502_Ch.Generale	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	5,6	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2)Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0502_Ch.Generale	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	5,6	11,5	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO



0502_Ch.Generale	GOVERNO CLINICO INDICATORI PNE - ESITI	Senologia_Breast Unit raggiungimento dei 135 casi/anno e la evidenza che ogni chirurgo esegua almeno 50 interventi/ anno.	8,3	0,0	0,0	0,0	1) casi di tumori >= 135/anno 2) Interventi eseguiti da ogni chirurgo >= 50/anno	DMPO
0502_Ch.Generale	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO- check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0502_Ch.Generale	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	46,2	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0502_Ch.Generale	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	5,6	0,0	0,0	0,0	1) presenza chirurgo alle ore 8 2) corretta compilazione della lista operatoria	Direttore di Dipartimento
0502_Ch.Generale	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	5,6	15,4	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0502_Ch.Generale	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	1) Costo minuto strumentario chirurgico (cnd K,L + cnd H) / ricavo produzione) 2) Costo dispositivi medici per medicazioni (cnd M) / ricavo produzione	5,6	0,0	0,0	0,0	Mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0502_Ch.Generale	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP;	DMPO
0502_Ch.Generale	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0502_Ch.Generale	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	5,6	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0502_Ch.Generale	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

0502_Ch.Generale	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0502_Ch.Generale	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3.Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0502_Ch.Generale	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0502_Ch.Generale	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0502_Ch.Generale	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0504_Oculistica	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0504_Oculistica	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0504_Oculistica	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, quando validate	DMPO Qualità

0504_Oculistica	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare debito informativo per la predisposizione del Piano integrato per il Miglioramento su richiesta Qualità	16,7	12,5	0,0	0,0	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione SU RICHIESTA	DMPO Qualità
0504_Oculistica	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP-	DMPO
0504_Oculistica	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	16,7	12,5	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2)Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0504_Oculistica	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	16,7	18,8	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0504_Oculistica	Applicazione regole regionali relativa alle presazioni amministrative in Oculistica	Migliorare le competenze relative alle prestazioni amministrative effettuate nel servizio, nel rispetto delle regole regionali, in particolare indicazioni regionali in materia di "modifiche delle prestazioni prenotate".	0,0	31,3	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Partecipazione del personale evento formativo st 100%) 2. Applicazione della regolamentazione in materia di prestazioni amministrative: monitoraggio con check-list controllo (st Aderenza alla check del 90 %)	SITRA
0504_Oculistica	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	16,7	0,0	0,0	0,0	1) presenza chirurgo alle ore 8 2) corretta compilazione della lista operatoria	Direttore di Dipartimento
0504_Oculistica	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	Costo materiale protesico CND P (Bunnylens - Avanse - Acrisoft) / (ricavo DRG chirurgici + ambulatoriale di sala operatoria)	16,7	12,5	0,0	0,0	Mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0504_Oculistica	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0504_Oculistica	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Monitoraggio consumi farmaci in file F 2) Farmacovigilanza	1) Consumi non superiori al +10% della spesa sostenuta nell'anno 2017 o in base a diverse indicazioni regionali 2) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	16,7	12,5	0,0	0,0	1) Spesa 2018 vs spesa 2019 2) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  1,2) Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0504_Oculistica	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

0504_Oculistica	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0504_Oculistica	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del <b>secondo</b> mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0504_Oculistica	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0504_Oculistica	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0505_Ortopedia	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0505_Ortopedia	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO Degenza media preoperatoria DRG medici in reparti chirurgici	(1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2. Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	9,1	0,0	0,0	0,0	(1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2 (Standard di riferimento). Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	DMPO
0505_Ortopedia	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario di cui alla lista	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario inferiori al 18 % Valore 2018 (al 30 nov): 17,1%	6,1	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO
0505_Ortopedia	GOVERNO CLINICO INDICATORI PNE - ESITI	OSTEO1: % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni) >=74% OSTEO2-Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	9,1	0,0	0,0	0,0	Miglioramento degli indicatori PNE nelle seguenti aree (ranking a tendere valore 1-2): % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni) >=74% Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico (<= 3gg)	DMPO
0505_Ortopedia	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	9,1	0,0	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità

0505_Ortopedia	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP;	DMPO
0505_Ortopedia	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	8,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0505_Ortopedia	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, su scala aziendale.	DMPO Qualità
0505_Ortopedia	INCONTRI CON LE UU.OO. su appropriatezza uso del sangue	Eseguire incontri su appropriatezza uso sangue	6,1	16,0	0,0	0,0	Esecuzione incontro/i su appropriatezza uso sangue con U.O. trasfusionale.	DMPO
0505_Ortopedia	RISK MANAGEMENT GESTIONE RISCHIO CADUTE - riduzione	Ridurre almeno del 10% il Tasso di cadute nei pz degenti	9,1	12,0	0,0	0,0	Tasso di caduta per 100gg di degenza: mantenimento del valore registrato nell'anno 2018 (pari a 0,16)	DMPO Qualità
0505_Ortopedia	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	6,1	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno) 2)Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0505_Ortopedia	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1)Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	6,1	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali.  3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di compressione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità

0505_Ortopedia	Corretta rendicontazione endoprotesi in fase di dimissione	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	9,1	0,0	0,0	0,0	completezza rendicontazione > 85% rispetto al flusso regole di rientro	DMPO
0505_Ortopedia	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	6,1	16,0	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0505_Ortopedia	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'aver avuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0505_Ortopedia	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	32,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0505_Ortopedia	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	6,1	0,0	0,0	0,0	1) presenza chirurgo alle ore 8 2) corretta compilazione della lista operatoria	Direttore di Dipartimento
0505_Ortopedia	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	6,1	16,0	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0505_Ortopedia	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	Costo materiale protesico (CND P) / (ricavo DRG chirurgici + eventuale rimborso endoprotesi)	6,1	0,0	0,0	0,0	Mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0505_Ortopedia	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0505_Ortopedia	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	6,1	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0505_Ortopedia	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia

0505_Ortopedia	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0505_Ortopedia	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0505_Ortopedia	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0505_Ortopedia	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
0505_Ortopedia	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0505_Ortopedia	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0506_Otorino	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0506_Otorino	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO Degenza media preoperatoria DRG medici in reparti chirurgici	1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2. Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	10,3	0,0	0,0	0,0	1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2 (Standard di riferimento). Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	DMPO
0506_Otorino	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario di cui alla lista	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario inferiori al 18 % Valore 2018 (al 30 nov ): 17,1%	10,3	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO

0506_Otorino	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	10,3	0,0	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità
0506_Otorino	RISK MANAGEMENT - RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	20,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0506_Otorino	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	13,8	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0506_Otorino	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 - RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, quando validata	DMPO Qualità
0506_Otorino	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	13,8	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0506_Otorino	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	10,3	10,0	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0506_Otorino	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	50,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'venuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA



0506_Otorino	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0506_Otorino	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	13,8	0,0	0,0	0,0	1) presenza chirurgo alle ore 8 2) corretta compilazione della lista operatoria	Direttore di Dipartimento
0506_Otorino	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP:	DMPO
0506_Otorino	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	10,3	20,0	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019  Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0506_Otorino	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0506_Otorino	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	6,9	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0506_Otorino	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0506_Otorino	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0506_Otorino	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0506_Otorino	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO

0506_Otorino	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0506_Otorino	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
0506_Otorino	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0507_Urologia	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
0507_Urologia	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO Degenza media preoperatoria DRG medici in reparti chirurgici	(1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2. Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	9,7	0,0	0,0	0,0	(1) Degenza Media Pre-operatoria (complessiva aziendale) <= 1,2 (Standard di riferimento). Raggiunto se raggiunto a livello aziendale	DMPO
0507_Urologia	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario inferiori al 18 % Valore 2018 (al 30 nov ): 17,1%	12,9	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO
0507_Urologia	RACCOMANDAZIONI - TUTTE Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	0,0	7,7	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Completamento applicazione delle Raccomandazioni ministeriali n°1-16: proporzione di item raggiunti >80% per ciascuna raccomandazione seguire quanto richiesto da Uff. Qualità	DMPO Qualità
0507_Urologia	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	12,9	15,4	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità

0507_Urologia	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RACCOMANDAZIONE N.17 RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.  Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, su sede validata.	DMPO Qualità
0507_Urologia	INCONTRI CON LE UU.OO. su appropriatezza uso del sangue	Eseguire incontri su appropriatezza uso sangue	12,9	15,4	0,0	0,0	Esecuzione incontro/i su appropriatezza uso sangue con U.O. trasfusionale.	DMPO
0507_Urologia	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP-	DMPO
0507_Urologia	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	6,5	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/58 per almeno 6 mesi/anno 2)Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
0507_Urologia	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1)Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	6,5	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di comprensione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
0507_Urologia	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	6,5	7,7	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi(rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO
0507_Urologia	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0507_Urologia	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA

0507_Urologia	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	9,7	15,4	0,0	0,0	1) presenza chirurgo alle ore 8 2) corretta compilazione della lista operatoria	Direttore di Dipartimento
0507_Urologia	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	6,5	7,7	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
0507_Urologia	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	Costo dispositivi medici cnd B,G,N,Q,R,U (cateteri, guide, cestelli) / ricavo produzione ricovero + amb.(BIC e endoscopia urologica)	9,7	0,0	0,0	0,0	Mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
0507_Urologia	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0507_Urologia	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	6,5	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
0507_Urologia	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0507_Urologia	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0507_Urologia	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3.Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
0507_Urologia	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione >85% dei dimessi 2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo >98% dei dimessi 3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%	DMPO
0507_Urologia	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO

0507_Urologia	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI	Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) Compilazione della check list sepsi. 2) Eseguire 2 audit sulle cartelle inviate da Regione Lombardia su indicazione DMP; 3) Compliance ai sepsis six > 80%	DMPO
0507_Urologia	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE • Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale < 5% numero • Contestazioni NOC Ricoveri < 2% del valore • Contestazioni NOC BIC - MAC < 2% del valore	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	Rispetto dell'equilibrio economico di Unità Operativa	Dati di produzione: rispetto dei valori concordati in sede di budget Costi di produzione: allineamento al dato di "primo margine" I dati relativi a questo obiettivo sono riportati nei prospetti dedicati	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	PRECONDIZIONE PER LA VALUTAZIONE	Raggiungimento del livello di attività previsto nei prospetti Rispetto del budget di costi assegnato	Controllo di Gestione
1702_Ostet.Ginecologi	APPROPRIATEZZA AREA DI RICOVERO 108 DRG Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario di cui alla lista	Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario inferiori al 18 % Valore 2018 (al 30 nov ): 17,1%	8,6	0,0	0,0	0,0	Valore 2019 < 18%	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	Obiettivo raggiunto se: 1) Pianificazione delle sedute a lungo termine 2)Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato; 3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati); 4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP) 5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP; Raccomandazione N.17 RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA Applicazione della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica (SO23/01) in tutte le UU.OO.	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	RISK MANAGEMENT RACCOMANDAZIONE 17 RACCOMANDAZIONE 18	Gestione rischio farmacologico - Applicazione RACCOMANDAZIONE 17- Applicazione Raccomandazione 18 Fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Introduzione della nuova scheda per la registrazione dei farmaci che ogni paziente che verrà ricoverato dovrà avere con sé, compilata.  RACCOMANDAZIONE N.18 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEQUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI  Applicazione della procedura/Istruzione operativa, redatta alla luce delle indicazioni ministeriali, su sede ospedaliera.	DMPO Qualità
1702_Ostet.Ginecologi	GOVERNO CLINICO INDICATORI PNE - ESITI	GRAV2 - Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio GRAV3 - Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	11,4	7,7	0,0	0,0	Miglioramento degli indicatori PNE (ranking a tendere valore 1-2)	DMPO

1702_Ostet.Ginecologi	PIMO - Concorrere alla predisposizione Check List valutazione della Struttura Sanitaria	1) Applicazione della check list regionale di valutazione 2) Assicurare applicazione item PVP 2,3,6 - EPF 2.30 - EPF 2.31 - EPF 2.32 3) Autocontrollo cartelle (campione del 10%)	8,6	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	1) Eseguire la autovalutazione entro 30 settembre 2019 2) Realizzare le azioni a completamento degli items della check list di autovalutazione : PVP 2.3.6 La valutazione iniziale comprende la valutazione dei rischi e dei bisogni assistenziali. 3) Evidenza in cartella clinica che la valutazione iniziale comprenda almeno le seguenti valutazioni: a) Rischio nutrizionale b) Rischio caduta c) Rischio di lesioni da compressione d) Capacità di compressione e) Bisogni d'ausili ED EPF 2.30 - Ambiti essenziali del processo educativo EPF 2.31 - Valutazione degli obiettivi educazionali di ciascun paziente e registrazione EPF 2.32 - Processo educativo e formativo	DMPO Qualità
1702_Ostet.Ginecologi	RISK MANAGEMENT LG CHIRURGIA SICURA	Attuare le Linee per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (OMS 2015 e CDC 2016) (scad. 31.3.2019), pianificare le conseguenti azioni e dare evidenza dello stato di avanzamento; declinare in Azienda con il Protocollo "Processo Chirurgia Sicura": 1) Profilassi antibiotica in chirurgia 2) Corretto principio attivo	5,7	7,7	0,0	0,0	Applicazione del "Processo per la Chirurgia Sicura" - (LG aziendali): 1) Corretto Timing dell' antibiotico profilassi >= 95% casi 2) Utilizzo del corretto principio attivo >=80%	DMPO Qualità
1702_Ostet.Ginecologi	RISK MANAGEMENT RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO PRESA IN CARICO DELLA PARTORIENTE INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	1) Applicazione del percorso: Relazione finale con l'andamento degli indicatori entro febbraio 2019 (con dati 2018 completi) ed entro febbraio 2020 (con dati 2019 completi) 2) Dare corso al progetto informatizzato dell'Agenda del Percorso Nascita appena sarà reso disponibile da RL 3) Dare corso al Percorso Nascita secondo regole 2019-DGR	8,6	7,7	0,0	0,0	1) Applicazione del percorso: Relazione finale con l'andamento degli indicatori entro febbraio 2019 (con dati 2018 completi) ed entro febbraio 2020 (con dati 2019 completi) 2) Dare corso al progetto informatizzato dell'Agenda del Percorso Nascita 3) Dare evidenza del percorso nascita	DMPO Qualità
1702_Ostet.Ginecologi	RISK MANAGEMENT RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO Scale per individuare rischio specifico	1) Deve essere implementato e diffuso nelle sedi di Pronto Soccorso Ostetrico l'utilizzo di scale validate e con standard condivisi per la valutazione del rischio specifico per la gravidanza in modo che sia possibile una maggiore uniformità di giudizio tramite l'utilizzo di una scala (livello di rischio identificato con colore) di facile e uniforme interpretazione per una lettura dei livelli più uniforme	8,6	7,7	0,0	0,0	1) Utilizzare al Pronto Soccorso Ostetrico scale validate e con standard condivisi per la valutazione del rischio specifico per la gravidanza (livello di rischio identificato con codice colore) 2) Report inviato a DMPO e Qualità entro il 31 maggio ed il 31 ottobre)	DMPO Qualità
1702_Ostet.Ginecologi	TEMPI DI ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALI - tempi attesa e ambulatori aperti	GARANTIRE buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee (distretto) Ambulatori aperti: garantire l'apertura Programmazione attività nell' anno	5,7	0,0	0,0	0,0	1) Rispetto tempi di attesa per classe di priorità U+B+D a >90% dei cittadini nel Presidio di Crema ED IN ALMENO UN PUNTO DI EROGAZIONE NEL 95% DEI CASI; dati retrospettivi 28/san per almeno 6 mesi/anno 2) Presenza in calendario di Ambulatori in orari serali e/o sabato 3) Pianificazione delle attività ambulatoriali entro 31 marzo	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	5,7	0,0	0,0	0,0	SCREENING Garantire Volumi comprensivi dell' estensione delle fasce di popolazione - numero di prestazioni pertinenti di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) - tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi.	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	Corretto setting per l'interruzione volontaria farmacologica	100% dei casi in Ordinario 0-1 giorni	5,7	7,7	0,0	0,0	100% dei casi in Ordinario 0-1 giorni	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	Sorveglianza ICA	Assicurare sorveglianza ICA	5,7	7,7	0,0	0,0	Assicurare debito informativo al CIO sui seguenti argomenti: - rilevazione di sorveglianza delle sepsi (rilevazione con scheda) - sorveglianze mirate come richiesto da programma CIO	DMPO

1702_Ostet.Ginecologi	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
1702_Ostet.Ginecologi	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	30,8	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
1702_Ostet.Ginecologi	Revisione procedura "Eventi Avversi"	Revisione/Aggiornamento della procedura "Eventi Avversi" in collaborazione con Consultorio e Servizio di Psicologia Clinica	0,0	15,4	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Attivato gruppo di lavoro (Aprile) 2. Presenza della procedura aggiornata (Giugno) 3. Applicazione procedura aggiornata: gestione degli eventi (Invio report giugno e dicembre ) 4. Invio Report a Qualità	SITRA
1702_Ostet.Ginecologi	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	5,7	0,0	0,0	0,0	1) presenza chirurgo alle ore 8 2) corretta compilazione della lista operatoria	Direttore di Dipartimento
1702_Ostet.Ginecologi	Obiettivi formulati da U.O. Farmacia 1) Farmacovigilanza	1) Farmacovigilanza: invio di almeno 5 ADR, nei 12 mesi	5,7	7,7	0,0	0,0	1) Invio all'U.O. Farmacia di 5 ADR entro il 31/12/2019 Obiettivo da considerarsi raggiunto anche se l'azienda nel suo complesso è in linea con il tetto assegnato (1) raggiunge il numero obiettivo (2)	FARMACIA
1702_Ostet.Ginecologi	Monitoraggio spese per fattori produttivi specifici	1) Costo minuto strumentario chirurgico (cnd K,L) / (ricavo DRG chirurgici) 2) Costo dispositivi prelievo-raccolta (cnd A) / (ricavo DRG chirurgici + ricavo amb.di sala operatoria)	8,6	0,0	0,0	0,0	Mantenimento valore 2018 dell'indicatore	Controllo di Gestione
1702_Ostet.Ginecologi	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
1702_Ostet.Ginecologi	Riduzione del numero medio di consulenze richieste per accesso rispetto all'anno precedente (Laboratorio)	Dato gennaio-dicembre 2019 ≤ Dato gennaio-dicembre 2018	5,7	0,0	0,0	0,0	L'obiettivo sarà considerato raggiunto se il numero medio di esami richiesti per paziente dimesso al termine dell'anno 2019, a livello aziendale, sarà inferiore o uguale rispetto a quanto registrato al termine dell'anno 2018	Controllo di Gestione
1702_Ostet.Ginecologi	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
1702_Ostet.Ginecologi	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento

1702_Ostet.Ginecologi	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA
1702_Ostet.Ginecologi	Flussi sanitari CEDAP - Garantire coerenza e completezza informazioni	COMPLETEZZA DELLE INFORMAZIONI DEL FLUSSO CEDAP e coerenza con SDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completezza compilazione CEDAP: 100% dati richiesti;</li> <li>• 100% coerenza SDO/CEDAP: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la piena copertura delle rilevazioni (ad ogni CEDAP deve corrispondere una SDO di parto ed una o più SDO di nati)</li> <li>- la congruenza di alcune informazioni presenti su entrambi i flussi (ad esempio, per la madre, la modalità del parto cesareo/spontaneo e, per il nato, il sesso o la presenza di malformazioni)</li> </ul> </li> </ul>	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	Flussi Sanitari: SDO	Tempestività e completezza della compilazione delle SDO (salvo ritardi dovuti agli esami istologici)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,0	0,0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Compilazione delle SDO entro 15 gg dalla dimissione &gt;85% dei dimessi</li> <li>2) Compilazione SDO entro il 15 gg del mese successivo &gt;98% dei dimessi</li> <li>3) SDO non compilate oltre il giorno 10 del secondo mese successivo alla dimissione: 0%</li> </ol>	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	PIMO - AUDIT PERIODICI SUI DATI DISPONIBILI NEL PORTALE relativamente a: NETWORK Regioni, PNE, APPROPRIATEZZA.	Commento ai report pervenuti da DMP/Qualità	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Audit sui dati forniti da DMP/Qualità , valutazione almeno trimestrale	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	INFEZIONI OSPEDALIERE - SEPSI OSTETRICIA	Attivazione di percorsi specifici sulla base del documento regionale "Identificazione e gestione della Sepsis in Ostetricia" Utilizzo della scheda MEOWS per l'individuazione precoce e il monitoraggio della donna con quadro clinico critico Trattamento delle sepsi secondo gold standard: analisi e audit su campione di cartelle cliniche selezionate da RL sul Portale PRIMO. Il campione sarà reso disponibile dalla DMPO periodicamente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Utilizzo scheda MEOWS: verifica su campione di cartelle cliniche (maggio/settembre)</li> <li>2) Eseguire 3 audit (1 ogni tre mesi 31 maggio-30 sett-30 nov) su 15 cartelle/anno con compilazione della check list</li> <li>3) Compliance ai sepsis six &gt;80%</li> </ol>	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	1) Autocontrollo completezza documentazione con applicazione della check list di controllo al 100% delle cartelle di ricovero e BIC - MAC. L'autocontrollo deve verificare con particolare attenzione i consensi e le schede della chirurgia sicura	CONTROLLO CARTELLE <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale &lt; 5% numero</li> <li>• Contestazioni NOC Ricoveri &lt; 2% del valore</li> <li>• Contestazioni NOC BIC - MAC &lt; 2% del valore</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	CONTROLLO CARTELLE <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartelle non conformi al controllo interno della qualità documentale &lt; 5% numero</li> <li>• Contestazioni NOC Ricoveri &lt; 2% del valore</li> <li>• Contestazioni NOC BIC - MAC &lt; 2% del valore</li> </ul>	DMPO
1702_Ostet.Ginecologi	ORGANIZZAZIONE GESTIONE PAZIENTE CRONICO FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	RENDERE DISPONIBILI LE LETTERE DI DIMISSIONE I VERBALI DI PS E I REFERTI ANCHE DI L.P. AL CITTADINO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Documenti al FSE Verbal PS >95% Lettere Di Dimissione >95% Referti Ambulatoriali >90% Referti Laboratorio >95% Referti Radiologia >90%	DMPO
0508_DH.CHIR	Prericovero	incremento del numero di prericoveri rispetto all'anno 2018	27,8	15,8	0,0	0,0	N. prericoveri 2019 > n. prericoveri 2018	DMPO
0508_DH.CHIR	Organizzazione e gestione della attività del Blocco operatorio-e progetto "Miglioramento della performance delle sale operatorie" (Regione.Agenas);	Rispetto delle regole di Pianificazione e programmazione delle sedute	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Obiettivo raggiunto se: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pianificazione delle sedute a lungo termine</li> <li>2) Revisione del piano bimestrale in condivisa con Dip Chirurgico allargato;</li> <li>3) Rispetto step di processo (completezza, tempestività e coerenza liste, valutazioni preoperatorie, e indicatori individuati);</li> <li>4) Aumento della percentuale di interventi con inizio entro le ore 8.15; (monitor mensile DMP)</li> <li>5) Report del Direttore di Anestesia e del Dip Chirurgico a DMP;</li> </ol>	DMPO
0508_DH.CHIR	Obiettivo bottom-up assegnato a livello Dipartimentale	Rispetto delle Regole di Sala Operatoria	16,7	0,0	0,0	0,0	Monitoraggio del rispetto delle Regole di Sala Operatoria	Direttore di Dipartimento



0508_DH.CHIR	Riorganizzazione attività nella nuova UUOO	Programmazione dell'attività BIC e MAC in relazione ai posti tecnici (18 letti + poltrone) presenti nell'UO.	27,8	21,1	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. Presente un planning con programma dell'utilizzo giornaliero delle postazioni tecniche . (piano settimanale) 2. Evidenza del Pieno Utilizzo delle postazioni Sat > 100%	DMPO
0508_DH.CHIR	Revisione dei percorsi di accesso a MAC nel monoblocco; semplificazione del percorso per l'utente evitando spostamenti	Evidenza della definizione del percorso Attuazione a partire dal 30/06/2019	27,8	21,1	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. evidenza documentale del percorso (Marzo) 2. avvio della gestione dei pazienti indicati (giugno) 3. evidenza della gestione di tutti i MAC St 100%	DMPO
0508_DH.CHIR	Progetto "Implementazione ed evidenza degli Interventi Educativi" (Obiettivo connesso al PIMO-check list)	Sperimentazione e monitoraggio dello strumento elaborato dal tavolo tecnico aziendale secondo le indicazioni definite dal gruppo di lavoro	0,0	21,1	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte partecipano alla sperimentazione secondo le indicazioni e le tempistiche definite dal tavolo tecnico: 1. Evidenza in cartella dello strumento elaborato (st. 100%) (Settembre) 2. Evidenza dell'avvenuto intervento educativo attraverso la registrazione prevista nella scheda (St 90% , del 10% delle cartelle controllate) (Novembre)	SITRA
0508_DH.CHIR	Riesame di Direzione	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	0,0	0,0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effettuare un Riesame di Direzione di U.O. entro il 31/10/2019	Ufficio Qualità
0508_DH.CHIR	Progetto: "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	Attivazione del percorso definito nel progetto. "Prestazioni ambulatoriali e Consulenze delle professioni sanitarie"	0,0	21,1	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se le UUOO coinvolte applicano le indicazioni definite nel progetto. 1. Avvio della sperimentazione secondo le modalità definite nel progetto (Novembre)	SITRA
0508_DH.CHIR	Obiettivi di mandato	1) Rispetto degli obiettivi di propria competenza che troveranno declinazione nella DGR degli obiettivi di mandato che verrà pubblicata nel corso dell'anno 2019 2) Certificazione, nei modi e nei tempi richiesti, degli obiettivi di natura sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	Valore obiettivo e criterio di raggiungimento saranno declinati nella DGR regionale	Rilevazioni sul format di Regione Lombardia
0508_DH.CHIR	Gestione obiettivi di budget	Effettiva diffusione all'interno delle UU.OO. degli obiettivi assegnati in sede di budget	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	1) organizzazione di un incontro con il personale dell'U.O. per la descrizione degli obiettivi richiesti in sede di budget 2) affissione in una bacheca di Unità Operativa degli obiettivi contenuti all'interno della scheda di budget	Direttore di Dipartimento
0508_DH.CHIR	Monitoraggio indicatori assistenziali	Valutazione periodica da parte delle UU.OO. e verifica scostamento.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0,0	0,0	L'obiettivo è raggiunto se: 1. avvio del monitoraggio con nuovo strumento (da giugno) 2. invio del monitoraggio effettuato (ogni trimestre: Settembre e Dicembre) 3. Audit sui risultati: a giugno sui dati disponibili - ogni trimestre con evidenza scostamento dai target obiettivo	SITRA